ENIGE PSYCHOGENETISCHE ASPECTEN VAN HET ONTWIKKELINGSSTOTTEREN

LANE LIBRARY. STANFORD UNIVERSITY

W. J. KAPPELLE

ENIGE PSYCHOGENETISCHE ASPECTEN VAN HET ONTWIKKELINGSSTOTTEREN

De Vereniging voor Logopaedie en Phoniatrie en de logopedist J. van Luypen hebben door hun medewerking dit onderzoek mogelijk gemaakt.

ENIGE PSYCHOGENETISCHE ASPECTEN VAN HET ONTWIKKELINGSSTOTTEREN

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN DOCTOR IN DE GENEESKUNDE AAN DE RIJKSUNIVERSITEIT TE LEIDEN OP GEZAG VAN DE RECTOR MAGNIFICUS DR H. J. LAM, HOOGLERAAR IN DE FACULTEIT DER WIS- EN NATUURKUNDE, TEGEN DE BEDENKINGEN VAN DE FACULTEIT DER GENEESKUNDE TE VERDEDIGEN OP WOENSDAG 29 APRIL 1959, TE 15 UUR

DOOR

WILLEM JAN KAPPELLE

GEBOREN TE AMSTERDAM IN 1929

EDUARD IJDO N.V. - LEIDEN

Promotor: Prof. Dr E. A. D. E. Carp

STELLINGEN

I

Het ontwikkelingsstotteren is een uiting van een contact- en communicatiestoornis.

II

Het geven van spraakles aan een kind dat in de physiologische broddelfase is, moet als een kunstfout worden beschouwd.

III

Aangezien het nut van langdurige bedrust bij acute nephritis niet vaststaat, moet deze therapie bij kinderen niet als routine worden toegepast.

IV

De theorie van Husson over het foneren wordt door de resultaten van electro-myografisch onderzoek van de stembanden niet gesteund.

V

De activiteit van de bijnierschors lijkt voor de genese van de retinopathia diabetica geen belangrijke factor te zijn.

VI

Voor de chemotherapie van maligne tumoren biedt de geïsoleerde doorstroming van aangetaste organen met toxische stoffen nieuwe mogelijkheden.

VII

Patienten die in één lichaamshelft aan het syndroom van Parkinson lijden, komen, wanneer medicamenteuze en physio-therapie falen, in aanmerking voor neuro-chirurgische ingrepen.

VIII

Ter bestrijding van hypercholesteraemie valt naast de gebruikelijke dieettherapie het toedienen van hoge doses nicotinezuur te overwegen.

IX

Bij het bepalen van bloedgroep, rhesusfactor en Coombtest uit navelstrengbloed bestaat het gevaar, dat door het knijpen in de navelstreng valse agglutinaties worden verkregen.

X

Voor de celformatie in de medulla oblongata, die nucleus reticularis lateralis wordt genoemd, moet de oude naam nucleus funiculi lateralis worden geprefereerd.

XI

De cumulatief pathogene werking voor apen van infecties met een op zichzelf apathogeen poliovirus en een Coxsackie virus groep A, houden een waarschuwing in voor het vaccineren van mensen met levende, verzwakte poliovirus-stammen in perioden dat Coxsackie virus A epidemisch voorkomt.

XII

De massa-bijeenkomsten voor gebedsgenezing, waarbij een uitblijven van de genezing wordt uitgelegd als een teken van ongeloof van de patient, moeten uit medisch-ethische overwegingen worden veroordeeld.

AAN MIJN VROUW

INHOUD

Pag.

INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING 1

Hoofdstuk I

BEGRIPSBEPALING 3

Hoofdstuk II

LITERATUUROVERZICHT 10

Hoofdstuk III

DE SPREEKTAAL EN ZIJN ONTWIKKELING IN VERBAND MET HET ONTWIKKELINGSSTOTTEREN 23

Hoofdstuk IV

RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK 40

Hoofdstuk V

CONCLUSIES EN NABESCHOUWING 74

SAMENVATTING 95

SUMMARY 97

RÉSUMÉ 99

ZUSAMMENFASSUNG 101

TOTAALOVERZICHT LITERATUUR 103

INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING

„Maar wat is dat voor een duistere macht, die hem vloeiend laat spreken op de weg en die zijn keel samenknijpt en zijn tong verlamt als twee ogen van een groot mens op zijn mond zijn gericht. Vrouw Klaassens tuurt over haar bril in een verhit, rond jongensgezicht dat dwaas trekt en knipoogt. De uitpuilende ogen staren strak naar de zolder, de mond beweegt krampachtig". [1])

Zo beschrijft Anne de Vries in zijn boek „Bartje" het stotterende jongetje, dat een boodschap voor zijn moeder moet doen in de kruidenierswinkel. Hij confronteert ons hiermee met de ellende van de stotterende mens, die niet kan spreken zoals hij wil en steeds gebukt gaat onder de vrees vast te lopen in een eenmaal begonnen zin. De mens die zich steeds bedreigd voelt in het contact met de ander, omdat hij nooit weet wat er gaat gebeuren als hij spreken moet.

Voor een gesprek is een zeker contact tussen de gesprekpartners noodzakelijk. Wanneer een gesprek niet loopt, kan men zich de vraag stellen in hoeverre een contactstoornis hiervoor verantwoordelijk is. Carp [2]) beschrijft het contact als een toestand waarbij de ene mens de andere als het ware heeft aangeraakt. Eerst nadat deze aanraking (contact) tot stand is gekomen, is de voorwaarde geschapen voor omgang met de ander. Om tot communicatie te kunnen komen moet er dus contact bestaan. Omgekeerd heeft de communicatie ook zijn invloed op het contact. Wanneer de omgang met de ander gestoord is, zullen de contacten verwrongen worden. Zonder contact is geen communicatie mogelijk en zonder communicatie kunnen slechts verstarde, dus niet levensvatbare, contacten bestaan. Contact en communicatie zijn niet los van elkaar te beschouwen, waarbij contact meer het statische en communicatie meer het dynamische element vertegenwoordigt.

De z.g. contactloze mens kan niet bestaan, want hij mist het vermogen tot communicatie. Hij wordt uitgestoten als een aan het gemeenschapsleven vijandig element. Dit gevaar hangt ook de stot-

teraar boven het hoofd. Een gesprek met hem kan niet alleen voor hemzelf een kwelling zijn, maar eveneens voor de toehoorder. Ook die krijgt het benauwd; hij wil de stotteraar helpen, maar weet niet hoe. Het luisteren naar een stotteraar is een pijnlijke situatie, die men bij voorkeur vermijdt. Zo staat de stotteraar tussen twee vuren, aan de ene kant de angst voor het gesprek, waarin hij vreest vast te lopen, aan de andere kant de angst voor de eenzaamheid, wanneer hij wordt uitgestoten.

Ik heb mij nu afgevraagd in hoeverre het stotteren als een uiting van een communicatie- en contactstoornis moet worden gezien. Wanneer dit zo is, moet deze stoornis al aanwezig zijn voor het stotteren zich manifesteert.

De vroegste contacten die een mens heeft, zijn die met zijn moeder en daarom heb ik de moeder-kind relatie als uitgangspunt van dit onderzoek genomen. Bij twintig stotterende kinderen en hun moeders werd nagegaan in hoeverre er gestoorde relaties hebben gelegen tussen moeder en kind en welke invloed deze zouden kunnen hebben op het latere ontstaan van het stotteren. De vraagstelling wil ik in deze inleiding voorlopig als volgt formuleren: „Zijn er bij de stotteraar stoornissen in de vroeg kinderlijke ontwikkeling met betrekking tot de moeder geweest? Zo ja, bestaat er een verband tussen deze stoornissen en het later ontstaan van het stotteren en hoe ligt dit verband?"

In hoofdstuk I wordt de begripsbepaling nader uitgewerkt. In hoofdstuk II wordt literatuur over het stotteren gerefereerd. In hoofdstuk III wordt de taal en zijn ontwikkeling, speciaal in verband met het stotteren, besproken. In hoofdstuk IV worden de opzet en de resultaten van het eigen onderzoek medegedeeld, en hoofdstuk V geeft de conclusie en de nabeschouwing.

1. Anne de Vries: „Bartje", 46e duizend, blz. 117.
2. E. A. D. E. Carp: „Medische psychologie en pathopsychologie", Scheltema en Holkema N.V. Amsterdam, 1951, blz. 395.

Hoofdstuk I

BEGRIPSBEPALING

Iedereen kent wel het beeld van de stotterende mens, die staat te persen om de woorden eruit te krijgen. Hij heeft het benauwd, maakt de wonderlijkste grimassen en trekt met armen of benen.

Wat doen wijzelf echter wanneer we een vreemde taal spreken, die we onvoldoende beheersen, zodat we naar onze woorden moeten zoeken? En de examencandidaat, die geen antwoord weet op de hem gestelde vraag; de jongeman, die vastloopt in zijn liefdesverklaring, en het kind, dat zijn moeder opgewonden een verhaal vertelt en over zijn eigen woorden struikelt? In het dagelijks gebruik worden al deze fenomenen stotteren genoemd, maar bij nadere bezinning rijst de vraag of dit wel terecht is. Vele spreekstoornissen, die stotteren worden genoemd, blijken bij nader onderzoek wezenlijk hiervan te verschillen.

Zo is het stamelen [1] een vorm van een verkeerde uitspraak, waardoor bepaalde klanken of klankverbindingen niet of verkeerd worden uitgesproken. Bepaalde organische afwijkingen, zoals een open gehemelte of afwijkingen aan het gebit kunnen het stamelen veroorzaken. Een stamelaar kan bijvoorbeeld de sch-klank niet uitspreken en zegt „oen" in plaats van „schoen". Slissen is ook een vorm van stamelen. Het kenmerkende van het stamelen is, dat steeds dezelfde fouten worden gemaakt.

Bij het broddelen [1] worden klanken, lettergrepen en woorden niet, half of op de verkeerde plaats uitgesproken, terwijl zij ook herhaald kunnen worden. De broddelaar spreekt slordig. Hij besteedt onvoldoende aandacht aan zijn spreken, spreekt te snel en struikelt over zijn eigen woorden.

Bij oppervlakkige beschouwing imponeert het broddelen als stotteren, maar ook hier bestaan enige verschillen. Wanneer de broddelaar meer aandacht aan zijn spreken besteedt en zijn spreektempo verlangzaamt, maakt hij minder fouten. Het spreken gaat in tegenwoordigheid van vreemden beter, omdat hij dan meer geremd is.

De stotteraar daarentegen krijgt meer moeilijkheden wanneer hij op zijn spraak gaat letten, of moet spreken in aanwezigheid van vreemden. De stamelaar en de broddelaar gaan in het algemeen weinig gebukt onder hun spraakgebrek, in tegenstelling tot de stotteraar. Ieder mens echter met stoornissen in het spreken wordt in één van zijn voornaamste contact- en communicatiemogelijkheden gehinderd. Het risico bestaat daarom, dat zowel de stamelaar als de broddelaar eveneens contactmoeilijkheden krijgen; dit gevaar blijkt echter niet groot te zijn.

De stotteraar maakt tijdens het spreken vaak onwillekeurige bewegingen, de z.g. meebewegingen, die men bij het broddelen en stamelen niet ziet.

Tussen stamelen, broddelen en stotteren blijken dus een aantal verschillen te bestaan. Desondanks worden zowel het stamelen als het broddelen vaak stotteren genoemd en daarom is een nadere begripsbepaling van het stotteren noodzakelijk. In de literatuur komen we de meest uiteenlopende omschrijvingen tegen. Grewel [2] bijvoorbeeld zegt: „Stotteren is gekenmerkt door blokkades bij het spreken, door verlenging en herhaling van woorden, lettergrepen en klanken; door ongewone standen der spreekorganen, en door „afslaan" en onregelmatigheden van het normale, vloeiende spreken. Ademhaling, stemvorming, articulatie, intonatie, zinsvorming en spreekritme kunnen gestoord zijn. Het gehele gedrag van de stotteraar kan, afgezien van het spreken, opvallen door grimassen en overtollige bewegingen, die oorspronkelijk veelal als afleidingsbewegingen zijn begonnen". Hij beschouwt het stotteren als een syndroom dat geen eenheid is, de aetiologie kan zeer verschillend zijn.

Een deel van de onderzoekers beschouwt het stotteren als een organisch bepaalde aandoening. Zij stellen het spraakgebrek, het defect in ademhaling, fonatie en articulatie primair en beschouwen de angst en andere psychische symptomen als secundair. Toonaangevende onderzoekers van deze school zijn vader, zoon en kleinzoon Gutzmann [3] geweest, van wie de zoon tot de volgende omschrijving van het begrip stotteren is gekomen: „Het stotteren is een spastische coördinatieneurose, berustende op een aangeboren verhoogde prikkelbaarheid van het articulatieapparaat". Met coördinatieneurose heeft Gutzmann een innervatiestoornis in de coördinatie bedoeld.

Daarnaast staat de groep van onderzoekers, die de problematiek

van de stotteraar centraal stelt en de spreekmoeilijkheden secundair acht. Als voorbeeld hiervan wil ik Fenichel noemen, die in zijn hoofdstuk „Pregenital conversions" o.a. schrijft: „Those functional disorders of speech, that are more than simple inhibitions are typical examples of the group of pregenital conversion neurosis. The symptom of stuttering reveals more readily than other conversion symptoms that it is the result of a conflict between antagonistic tendencies; the patient shows that he wishes to say something and yet does not wish to. Since he consciously intends to speak, he must have some unconscious reason for not wanting to speak".

Hoewel Gutzmann en Fenichel over hetzelfde onderwerp schrijven, komen zij door hun verschillende benaderingswijze van het probleem tot een totaal andere omschrijving. Hiertussen vinden wij in allerlei variaties nog vele definities van het begrip stotteren. Ondanks deze veelheid en verscheidenheid heb ik geen omschrijving gevonden, die bruikbaar was voor dit onderzoek. Dit heeft mij genoodzaakt zelf tot een zekere begripsbepaling te komen.

Als eerste kenmerk van een stotteraar wil ik de communicatie- en contactstoornis noemen. In de inleiding heb ik reeds op deze stoornis gewezen en de opvatting verdedigd, dat een gestoord contact een gestoorde communicatie geeft en omgekeerd. Het begrip „communicatie- en contactstoornis" wil ik daarom in het vervolg kortheidshalve „contactstoornis" noemen, mede omdat in het algemeen dit woord hiervoor wordt gebruikt.

Het spreken is voor de mens een van de belangrijkste mogelijkheden om te communiceren met zijn medemensen. Iedereen met een spreekstoornis, onverschillig door welke oorzaak, is hierin gehandicapt en kan dus moeilijkheden in het contact krijgen. Omgekeerd echter geven contactstoornissen ook communicatiemoeilijkheden en deze kunnen zich o.a. als stoornissen in het spreken manifesteren. Zo rijst de vraag of bij stotteraars de contactmoeilijkheden het gevolg zijn van het stotteren of dat het verband omgekeerd ligt. Ik wil hier thans niet nader op ingaan, omdat het de opzet van dit onderzoek is te proberen een antwoord op deze vraag te vinden. Echter oorzaak of gevolg, contactstoornissen zijn kenmerkend voor de stotteraar. Hoe ellendig kan hij zich niet in een gesprek met de ander voelen. Steeds is er de angst, dat hij hierin zal vastlopen en het kan zelfs zover komen, dat hij zijn medemensen begint te ontwijken.

Loquens [5] heeft een patiënt beschreven, die de hele dag op zijn kamer bleef zitten. Hij vulde zijn tijd met dagdromen over hoe het wel zou zijn als hij vlot zou kunnen spreken.

Het hoeft echter niet alleen de stotteraar te zijn die een gesprek onplezierig vindt, maar dit kan eveneens zijn partner zijn. Voor beiden kan het een opluchting betekenen wanneer het gesprek ten einde is en beiden proberen bij voorkeur zo'n gesprek te vermijden.

Het contact met de stotteraar kan ook op andere wijze worden afgeweerd; hij kan worden uitgelachen en bespottelijk worden gemaakt. Een stotteraar in een toneelstukje is een regelmatige verschijning op een „gezellig" avondje en kan van succes verzekerd zijn. Anton van Duinkerken [6] zegt hiervan: „Zo is het publiek. Het spot en ginnegapt, zodra onze gebrekkigheid zich in een mens duidelijk vertoont, want er is geen zoetere troost tegen de wroeging over de eigen verborgen gebreken, dan te mogen zien hoe anderen hun kwalen moeten dragen in het openbaar". De stotteraar draagt zijn kwaal in het openbaar, want op het moment dat hij zijn mond open doet, wordt het duidelijk wat hem mankeert. Iemand met hoofdpijn of buikpijn kan dit verborgen houden, zolang hij er niet over praat, maar de stotteraar verraadt zich zodra men met hem omgaat.

Een ander kenmerk van de stotteraar is de angst. Hij heeft angst voor het gesprek, waarin zijn gebrek aan het licht zal komen; het is angst voor de gemeenschap, voor de mensen om hem heen. Wanneer hij hieraan echter toegeeft, isoleert hij zich en bedreigt hem de eenzaamheid. Dit laatste veroorzaakt ook angst en naast de angst voor de gemeenschap kent de stotteraar de angst voor de eenzaamheid. Vindt men deze vormen van angst in de bewuste sfeer, in onbewuste lagen zullen andere componenten hieronder schuil gaan, die later nader zullen worden besproken.

Een volgend kenmerk is de agressiviteit. Ieder, die met een stotteraar omgaat, ontdekt dat deze vol wrok en agressiviteit in het leven staat. Ik geloof dat dit als secundair aan de angst moet worden gezien. De stotteraar voelt zich onzeker en bedreigd en wil daarom steeds klaar staan om zich te kunnen verdedigen. Volgens het principe „aanval is de beste verdediging" wordt de agressiviteit gevormd als reactie op de angst.

Kenmerken, die op een ander terrein liggen, zijn afwijkingen in ademhaling, fonatie en articulatie, waarvan ik er hier enkele zal

noemen. De ademhaling is oppervlakkig en de frequentie is verhoogd. Bij het uitademen ontwijkt reeds lucht voordat het woord of de zin wordt gezegd, zodat er voor het spreken weinig lucht overblijft. Dit noemt men het zogenaamde „vooruitschuiven van de adem". Vaak gebruikt de patiënt zijn reservelucht om te spreken en krijgt de ademhaling een stotend karakter. Aan het einde van de zin blijft de ademhaling steken, waarna met een zucht het ademhalingsproces weer zijn gewone loop neemt. Regelmatig kan men, wanneer het spreken gedurende de exspiratie mislukt, pogingen tot spreken tijdens de inspiratie constateren. Er kunnen bewegingen in het middenrif optreden, die het normale samenspel tussen borst- en buikademhaling verstoren of zelfs opheffen, de zogenaamde paradoxale ademhaling.

Als fonatiestoornissen zien we contracties in de spieren, die de stembanden verzorgen. Hierdoor worden deze te ver uiteen bewogen of te stijf tegen elkaar gedrukt en klinkt de stem hees en nasaal. Uitwendig zien we een onregelmatig stijgen en dalen van het gehele larynx-gebied.

Het persen tijdens het stotteren geeft vaak een soort tremor in de spieren van tong, kaak of lippen, waardoor articulatiemoeilijkheden ontstaan. In het spreken kunnen deze stoornissen zich manifesteren als de zogenaamde toni en cloni. Bij de clonus wordt een klank of een lettergreep steeds herhaald, bijvoorbeeld k-k-k-k-kamer, terwijl bij de tonus de patiënt in een bepaalde articulatietoestand blijft steken. De patiënt wil „kamer" zeggen, komt niet verder dan de k en volhardt in deze toestand. Hij begint te persen en te drukken, wordt rood, tot eindelijk na veel inspanning het woord eruit komt, bijvoorbeeld k . . . kamer.

Met Fröschels [7] nemen de meeste onderzoekers aan, dat bij het ontstaan van het stotteren de clonus primair is en de tonus later volgt. Tussen deze twee vormen bestaan als overgangsvormen de clono-tonus en de tono-clonus.

Verder treedt bij het stotteren het fenomeen van de meebewegingen op. Allerlei bewegingen die voor de spraak normaal van geen belang zijn, worden gemaakt. De neusvleugels worden opengesperd, voordat de patiënt begint te spreken — het zogenaamde neusvleugelsymptoom — en er kunnen trekkingen in het gezicht komen. De bewegingen in het gelaat worden primair genoemd. Secundaire mee-

bewegingen zijn bewegingen in spiergroepen, die verder van het articulatiegebied zijn gelegen; de patiënt zwaait bijvoorbeeld met een arm of been, hij stampt met een voet of maakt stereotype bewegingen met de handen.

Een ander verschijnsel bij het stotteren is het z.g. „omredigeren", waardoor de moeilijke klanken worden vermeden. De meeste patiënten, die al langere tijd stotteren, weten met welke klanken zij de meeste moeite hebben. Moeilijke woorden worden in het gesprek vervangen door omschrijvingen of synoniemen. Een stotteraar, die het woord „tweede" niet kon zeggen, vroeg zo aan de lokettiste: „een enkele reis, eerste klas, Amsterdam; ach nee, geeft U mij maar één klas lager", en omzeilde hiermede de klip. Dit kan tot een dergelijke routine uitgroeien, dat slechts de nauwkeurige waarnemer de eigenaardigheden opmerkt en tot de juiste diagnose komt.

Het stotteren is in het algemeen sterk situatief bepaald. Bij fluisteren, zingen en gedichten voordragen wordt veel beter gesproken, terwijl de stotteraar vaak vlot spreekt wanneer hij alleen is. In gezelschap van babies of dieren gaat het spreken meestal beter dan in aanwezigheid van volwassenen.

Tot slot wil ik het tijdstip bespreken, waarop het stotteren zich voor het eerst manifesteert. Dit kan elk moment van een mensenleven zijn, maar er zijn enkele levensperioden, waarin het zich bij voorkeur ontwikkelt. Dit zijn de leeftijden van drie tot vijf jaar, van zes tot zeven en de fase van de puberteit. De eerste groep noemt men de ontwikkelingsstotteraar en hier ontstaat het stotteren in aansluiting op het zogenaamde physiologische broddelen. Bij de tweede groep begint het stotteren wanneer de kinderen naar school gaan.

In dit onderzoek heb ik mij tot de ontwikkelingsstotteraars beperkt. Deze groep leek mij voor dit onderzoek het meest geschikt, omdat het symptoom zo vroeg ontstaat en de achtergronden van het stotteren mogelijk hier het duidelijkst aan het licht komen. Daarnaast had ik ook een practische reden, aangezien van deze patiëntjes bijna altijd de moeder voor het onderzoek beschikbaar was.

Wanneer ik het bovenstaande probeer samen te vatten om aan te geven over welke vorm van stotteren dit onderzoek is gedaan, dan kom ik tot de volgende omschrijving:

„Het ontwikkelingsstotteren is een vorm van stotteren, die omstreeks het vierde jaar begint. Het wordt gekenmerkt door een communicatie- en contactstoornis. Het manifesteert zich als een stoornis in het vlotte spreken tengevolge van cloni en/of toni in ademhaling, fonatie en articulatie. Het is situatief bepaald en hoeft zich niet voortdurend te manifesteren. De patiënt voelt zich echter gedurende het spreken steeds angstig en gespannen".

1. P. Linthorst en G. Leerkamp : Spreek- en stemstoornissen. N.V. „Haga", Den Haag, 1954, blz. 185 en 289.
2. F. Grewel : Balbuties (stotteren), Ned. Tijdschr. v. Geneeskunde, 102 (1958), 24, 1129.
3. A. Kussmaul : „Die Störungen der Sprache", herausgegeben und mit Kommentar versehen von Prof. H. Gutzmann. 4e Auflage, 1919, blz. 238 en 247.
4. O. Fenichel : The psychoanalytic theory of neurosis. Routledge and Kegan Paul Ltd. London, 1955, blz. 311.
5. Loquens : Selbstbeobachtung eines Stotterers. Zentralblatt für Psychoanalyse und Psychotherapie. 1914, IV, 415.
6. A. van Duinkerken : De mensen hebben hun gebreken. Prismaboek, uitg. Het Spectrum, 2e druk, blz. 59.
7. E. Fröschels : Beitrage zur Symptomatologie des Stotterns. Monatschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie. 1921, blz. 1114.

Hoofdstuk II

LITERATUUROVERZICHT

De literatuur, die over het stotteren bestaat, is even uitgebreid als uiteenlopend. Eén van de grootste moeilijkheden om tot een juiste waardering te komen, is de vaagheid van vele auteurs over de symptomatologie. Vooral bij die casuistische publicaties, waar de behandeling op de voorgrond staat, is het lang niet altijd duidelijk of het om een stotteraar gaat. Vele schrijvers gaan uit van de diagnose stotteren zonder de symptomatologie te beschrijven en het is zeer waarschijnlijk dat gevallen van broddelen en stotteren door elkaar zijn gehaald. Duidelijk blijkt uit de literatuur, dat onder de verschillende onderzoekers een verschil van mening bestaat over de aetiologie van het stotteren. Aanhangers van een organisch en die van een psychogeen gefundeerde theorie bestrijden elkaar heftig. Dit hebben reeds Gutzmann en Denhardt, pioniers in het onderzoek van het stotteren, gedaan.

De ideeën van Albert Gutzmann zijn later uitgewerkt door zijn zoon Dr Hermann Gutzmann [1]. Deze heeft het stotteren beschouwd als een spastische coördinatieneurose, die berust op een aangeboren verhoogde prikkelbaarheid van het articulatie-apparaat. Hij bedoelt met articulatie-apparaat niet alleen de larynx en mondholte, maar alles wat ingeschakeld wordt bij het articuleren, dus bijvoorbeeld ook de motorische hersenschors; het begrip neurose moet worden opgevat als een innervatiestoornis. De angst en de insufficiëntiegevoelens van de patiënten acht Gutzman niet primair, maar een gevolg van de spreekmoeilijkheden. De patiënt gaat zich hierdoor onzeker voelen en deze onzekerheid heeft weer zijn invloed op de spreekremmingen. Het beginpunt van deze circulus vitiosus ligt echter in de afwijkingen van het articulatie-apparaat. Na Gutzmann hebben vele de aetiologie van het stotteren in de organische sfeer gezocht. Allerlei mogelijkheden zijn nagegaan en men is tot de meest uiteenlopende conclusies gekomen, waarvan ik er enkele wil noemen.

Szondi [2] uit Boedapest vond afwijkingen in het capillairbeeld, een

atypische bloedsuikercurve en een hypogenitalisme bij zijn stotterpatiëntjes. De thalamus en het corpus striatum zijn regelmatig als oorzaak van het stotteren aangewezen (Smiley Blanton [3], James S. Green [4], Tarneaud en Seeman [5]), terwijl een onvoldoende myelinisatie van de motorische zenuwen ook zijn invloed zou hebben. (Karlin [6]). Luchsinger e.a. [8, 9] hebben electroencephalographische onderzoekingen gedaan en gezocht naar afwijkingen op het electroencephalogram. Zij hebben die bij de broddelaar wel, maar bij de stotteraar niet gevonden.

Travis [10] heeft het probleem van de linkshandigheid bij stotteraars nader uitgewerkt en zegt, dat stotteren ontstaat wanneer het evenwicht tussen de linker en rechter hemisfeer van de hersenen wordt verstoord. Bij een linkshandig mens is de rechter hemisfeer dominant ten opzichte van de linker. Wanneer een dergelijk iemand tot rechtshandigheid wordt gedwongen, wordt het evenwicht tussen de twee hemisferen verstoord, waardoor het stotteren zou ontstaan. Travis heeft deze theorie trachten te bewijzen door rechtshandige debiele kinderen tot linkshandigheid te dwingen; zij zouden toen zijn gaan stotteren evenals de rechtshandige oorlogsslachtoffers, die hun rechterhand zijn kwijtgeraakt. Deze laatste observatie heeft Nadoleczny [11] in Duitsland echter niet kunnen bevestigen. Hij heeft in zijn materiaal van stotterende kinderen geen hoger percentage linkshandigheid gevonden dan bij niet stotterende kinderen. Nadoleczny, de opvolger van Gutzmann, heeft het stotteren als een aangeboren constitutionele ziekte gezien en legt het hoofdaccent op de erfelijke belasting. Siemens [12] daarentegen heeft bij een onderzoek van 300 tweelingen en hun familie wel een correlatie tussen stotteren en linkshandigheid gevonden. Hij ontkent echter voor beide een erfelijke aanleg. Travis heeft zelf inmiddels zijn theorie over de linkshandigheid verlaten en heeft zich als aanhanger van de psychoanalytische gezichtspunten ontpopt [13]).

Denhardt en zijn leerlingen hebben in tegenstelling tot Gutzmann psychische spanningen verantwoordelijk geacht voor het ontstaan van het stotteren. Froeschels [14] schrijft bijvoorbeeld: „I personally would rather not believe that any somatic abnormality forms the basis for the neurosis called stuttering. If a really anatomical basis did exist, the question would arise as to why so few stutterers have difficulties in the middle of a word. Why should the unfavorable

influence of any anatomical or chemical basis so often operate at the same letters, but cease operating on the same letters if they do not appear initially?".

Hoepfner [15] heeft de ideeën van Denhardt uitgewerkt in de theorie van de associatieve aphasie, een naam die veel verwarring heeft gegeven. Het blijkt dat Hoepfner met associatieve aphasie een zich ontwikkelende vorm van spreekverwardheid heeft bedoeld, die niet organisch gefundeerd is. Hij zegt dat ieder kind op een gegeven moment ontdekt, dat er verschil is tussen de volwassen- en de kindertaal. Het kind zegt „woef, woef" en de volwassene „hond" en dit verschil voelt het kind als een muur, die het volwassen-zijn afsluit. Het begint te vragen „Wat is dit en wat is dat?" om te leren hoe de volwassene spreekt en te proberen over deze scheidsmuur heen te komen. Als tussenfase komt het kind in een periode van tweetaligheid terecht en gebruikt het resten van de kindertaal naast de eerste woorden van de taal der volwassenen.

Het spreken wordt gekenmerkt door een zekere mate van onzekerheid; het kind beheerst de taal van de volwassenen nog onvoldoende en moet naar zijn woorden zoeken. Deze periode, die in elke spraakontwikkeling voorkomt, noemt Hoepfner de primaire associatieve ataxie. Het is een fase waarin het kind naar zijn woorden zoekt en deze herhaalt zonder zich dit echter te realiseren of zich hier ongerust over te maken. Normaal groeien kinderen zonder al te veel moeilijkheden over deze periode heen, maar enkelen zijn niet zo fortuinlijk. Zij worden zich spontaan of door op- en aanmerkingen van de omgeving van hun onbeholpen spreken bewust en beginnen zich onzeker en insufficiënt te voelen. Zij gaan hun best doen om deze herhalingen en het zoeken naar woorden te overwinnen. De spieren worden gespannen, het spreken maakt een krampachtige indruk en naast de clonische ontstaan de tonische afwijkingen. De patiënt, want dat is het kind inmiddels geworden, probeert met extra inspanning en kracht over moeilijke punten in zijn spreken heen te komen. Het resultaat is averechts en het kind gaat steeds slechter spreken. Wanneer het zelf tot deze ontdekking komt, wordt het roer omgegooid en probeert het de moeilijkheden te omzeilen door synoniemen te gebruiken of de zinnen zo te maken, dat er geen struikelblokken meer in voorkomen. In het gesprek heeft de stotteraar lang niet altijd voldoende tijd om dit alles te overzien en zijn maatregelen te nemen.

Wanneer hij hierin niet slaagt, geeft hij de moed op; hij capituleert en trekt zich terug in eenzaamheid, omdat het contact met de ander hem niets dan ellende brengt.

Hoepfner geeft de twijfel en onzekerheid, die tijdens de periode van tweetaligheid in het spreken tot uiting komen, een centrale plaats in het ontstaan van het stotteren. Vele onderzoekers zijn het op dit punt met hem eens. Zij verklaren deze twijfel door een dissociatie tussen het denken en het spreken. Het denken van het kind zou op die leeftijd verder in zijn ontwikkeling zijn gevorderd dan het spreken. Het spreken zou daarom de gedachte niet snel genoeg meer kunnen volgen en wordt hierdoor onzeker. Het kind gaat woorden herhalen, zodat iemand die oppervlakkig luistert, denkt dat het kind stottert. Froeschels [16] noemt dit verschijnsel het „physiologische stotteren", Pichon en Borel-Maisonny [17] de „bafouillage physiologique", Hoepfner de „primaire associatieve ataxie" en Weiss [18] het „physiologische broddelen". Allen achten dit fenomeen volkomen normaal en zien pas gevaar, wanneer het kind zich deze wijze van spreken bewust gaat worden. In Amerika heeft vooral Johnson [19] dit gezichtspunt naar voren gebracht. Ieder kind maakt, volgens hem, tussen het 3e en 5e jaar een periode door waarin het de indruk maakt te stotteren. Hij acht dit een physiologisch verschijnsel waar het kind zonder schade over heen groeit, mits het maar niet door iemand hieraan gefixeerd wordt. Johnson ziet het aandacht besteden van de ouders aan het z.g. stotteren van hun kind als de aetiologie van het stotteren. Letterlijk zegt hij: „What we had overlooked, and what we now noticed, was simply that in case after case stuttering as a serious speech and personality disorder, developed after it had been diagnosed. The diagnosis of stuttering is one of the causes of stuttering and apparently one of the most potent causes."

Grewel [20] vindt dat in de opvattingen van Johnson een kern van waarheid zit, maar dat hieraan te verstrekkende conclusies worden verbonden. Grewel acht het mogelijk dat een kind gaat stotteren door een dissociatie tussen zijn denken en zijn spreken. Hij geeft hiervoor echter als verklaring, dat het kind te weinig spreekmateriaal tot zijn beschikking heeft en het tekort met herhalingen probeert op te vullen. Grewel volgt grotendeels de indeling van Kingdom Ward [21], wanneer hij vijf verschillende vormen van stotteren beschrijft: het ontwikkelings-, psychasthene-, hysterische-, puberteits-

en organisch stotteren [22]. Het is mijns inziens echter de vraag of het verantwoord is en niet verwarrend werkt om, gezien hun verschillende symptomatologie, al deze spreekafwijkingen samen te brengen onder het begrip stotteren.

Carp [23] verklaart zich bij zijn beschrijving van het begrip nervositas een voorstander van een belangrijke constitutionele component in het stotteren. Hij ziet echter ook het belang van de psychogene momenten, wanneer hij schrijft [24]: „Het stotteren, als uitdrukking van remmende invloeden, kan wijzen op een conflict tussen elkaar tegengestelde strevingen. Als zodanig zou het stotteren een compromishandeling kunnen zijn tussen een drang te spreken en het spreken belemmerende functies". Carp refereert aan de psychoanalytische opvattingen, die frustraties in genitale en praegenitale tijdperken als de oorzaak van het stotteren zien.

Van Riper [25] legt het hoofdaccent op de constitutie; de stotteraar zou een zwak zenuwstelsel hebben. Bij spanningen zou dit tremoren veroorzaken die aanleiding kunnen geven tot cloni en toni. Van Riper acht de woorden toni en cloni obsoleet en verwarrend, omdat volgens zijn inzichten hier slechts sprake is van een gemodificeerde tremor.

Wiesenhütter [26] geeft een anthropologische zienswijze. Hij gaat uit van het feit, dat het ontwikkelingsstotteren rond het vierde jaar begint. Op deze leeftijd krijgt het kind voor het eerst de mogelijkheid zichzelf tot object te maken en zich af te scheiden van zijn wereld. Dit geeft spanningen, die een meisje door haar instelling ten opzichte van de wereld gemakkelijker kan verwerken dan een jongen. De vrouw wordt gekenmerkt door overgave en geduld; zij leeft meer vanuit het onbewuste en vanuit de natuur. De man daarentegen is meer georiënteerd op willen en bewustzijn. Zijn wezen wordt gekenmerkt door activiteit en spanning. In het spreken komt dit ook tot uiting; de man spreekt meer hard en gespannen, de vrouw meer week en melodieus. Wanneer de mens in spanning komt, uit zich dit ook in zijn spreken. Stotteren is geen geïsoleerde spreekstoornis, de kern ligt meer in de verhouding met de wereld en de graad van bereikte rijpheid. Stotteren kan worden opgevat als een op de spits drijven van die kant van menselijk zijn, die in het man-zijn tot uitdrukking wordt gebracht. Het is een neurose en existentiecrisis als gevolg van een verkeerde integratie tussen het zichzelf tot object maken en het

één zijn met de wereld, zoals dit in het algemeen bij de vier-jarige voor het eerst als probleem te voorschijn komt, aldus Wiesenhütter.

De Individual-Psychologie heeft vooral de aandacht gevestigd op de mogelijkheid van de ziektewinst, die in het stotteren aanwezig is. De stotteraar gebruikt zijn symptoom om zich er achter te verschuilen in situaties, waarin hij bang is te kort te zullen schieten. In het stotteren kan hij uitwijken voor de nederlaag en vermijden, dat hij in zijn narcisme wordt gekwetst [27, 28, 29, 30]. De jongen die zijn les niet heeft geleerd kan, wanneer hij een beurt krijgt, wegvluchten in het stotteren. Hij vindt hierin een excuus voor zijn falen en voorkomt de erkenning van zijn onkunde.

Het stotteren wordt ook gebruikt om de aandacht te trekken en gevoelens van sympathie op te wekken. De stotteraar vindt dat hij recht heeft op bepaalde privileges en dat hij met consideratie behandeld moet worden. Het is zeker waar, dat de stotteraar gebruik gaat maken van zijn symptomen. Op deze instelling hebben ook de psychoanalytici de aandacht gevestigd. Zij beschouwen deze neiging tot ziektewinst echter als een symptoom dat secundair aan het stotteren ontstaat en zij proberen het stotteren vanuit andere achtergronden te verklaren.

Coriat [31] heeft het hoofdaccent op de orale fase gelegd en zegt dat het stotteren een auto-erotische bevrediging van de orale zone is. De stotteraar die vastloopt, likt langs zijn lippen en maakt bewegingen als de zuigeling bij het zuigen. Het stotteren ontstaat wanneer de orale libido in haar oorspronkelijke primitieve en ongesublimeerde vorm blijft bestaan. De stotteraar wil het vroeger melkgevende object niet verliezen en de infantiele hulpeloosheid niet opgeven. In het stotteren zit de wens van het lustprincipe om de bevrediging van het zuigen vast te houden.

Coriat [32] noemt het stotteren geen conversieneurose, want volgens zijn mening valt er niets te converteren; het stotteren is een orale libidinisering van het spreken. De anale trekken, die men vaak bij de stotteraar ziet, verklaart Coriat gedeeltelijk uit constitutionele componenten en gedeeltelijk als een bestrijding van de castratieangst door een verschuiving hiervan naar een zone met een geringere libidineuze betekenis.

Fenichel [33] is het hier niet mee eens, hij vindt dat het stotteren een uiting is van een conflict. De stotteraar beleeft zijn symptoom

niet als lustgevend, maar als pijnlijk en hinderlijk en de auto-erotische bevredigingsmogelijkheden, die het spreken voor de orale libido biedt, acht Fenichel voor het ontstaan van het stotteren niet van primaire betekenis. Hij bekijkt het stotteren als een praegenitale conversieneurose. Zoals in de conversie-hysterische reactie de oedipale problematiek tot uiting komt, zo laat het stotteren in geconventeerde vorm een conflict uit de praegenitale lagen zien. Fenichel legt hierbij het zwaartepunt in de anale problematiek, ook al kent hij daarnaast aan orale, phallische en exhibitionistische momenten betekenis toe.

De orale component in het stotteren komt volgens Fenichel naar voren, wanneer het spreken van de stotteraar regrediëert tot het niveau, waarop nog geen onderscheid wordt gemaakt tussen het woord en het object, dat er door wordt aangeduid. In die fase is elk woord, dat het kind leert uitspreken, een verovering. Het kind heeft het gevoel een zekere macht over een object te krijgen, wanneer het dit bij de naam kan noemen en met elk nieuw woord dat het kind leert, introjecteert het een stukje van de onbekende buitenwereld. Wanneer aan een object een probleem is verbonden, kan dit onschadelijk worden gemaakt door de naam van dit object niet uit te spreken. Het woord en hiermede het object worden als het ware vernietigd, het conflict wordt doodgezwegen. In de analyses van stotteraars bleek herhaaldelijk de oraal-sadistische problematiek een centrale plaats in te nemen [34, 35, 36].

Het zwaartepunt legt Fenichel echter in de anaal-sadistische problematiek. Volgens hem betekent het spreken voor de stotteraar allereerst het uitspreken van obscene, speciaal anale woorden en is het als een daad van agressiviteit tegen de luisteraar bedoeld. Het spreken wordt onbewust gezien als een gesexualiseerde defaecatie en dezelfde verboden, die in de kinderjaren tegen het plezierig spelen met de faeces werden gericht, verschijnen opnieuw tegen het plezierig spelen met de woorden. Zoals vroeger het ophouden van de faeces een poging was om deze auto-erotische bevredigingsbron niet prijs te geven, kan thans het ophouden van de woorden dezelfde betekenis hebben.

De patiënt, die geëmotioneerd raakt en iets vurig wenst te bewijzen, gaat ernstiger stotteren. Fenichel ziet hierin de sadistische kant van het symptoom naar voren komen. Voor vele stotteraars is elk spreken een onbewuste aanvechting om de luisteraar krachtig aan te vallen

met obscene en profane woorden. „Words can kill" en om niet in conflict te komen met het eigen Ideale Ik moet zo'n gevaarlijk wapen met zorg worden gehanteerd. De patiënt wordt door het stotteren in deze neigingen geremd en tegelijkertijd ervoor gestraft. Fenichel ziet een grote overeenkomst tussen de anaal-sadistische structuur van de dwangneuroticus en die van de stotteraar; anaal-sadistische problematiek stond in vele analyses van stotteraars op de voorgrond [37, 38, 39].

Phallische componenten kunnen in het stotteren te voorschijn komen, wanneer de functie van het spreken onbewust wordt geassociëerd met de functie van het genitaal. Fenichel geeft hiervan enkele voorbeelden. Spreken kan de betekenis hebben van potent zijn en een onvermogen tot spreken zou gelijk staan met gecastreerd zijn. Allerlei conflicten, die verband houden met potentie en castratie, kunnen op deze wijze in het stotteren tot uitdrukking worden gebracht. De aanwezigheid van phallische neigingen in het stotteren is voor Fenichel het bewijs dat de anale grondstructuur van de stotteraar door regressie tot stand komt.

Concluderend zegt hij (blz. 316) dat de structuur van de stotteraar en die van de dwangneuroticus een grote overeenkomst vertonen. Beiden moeten zich ontwikkelen tussen hun verboden wensen en het sadistische Ideale Ik. Hij heeft de indruk dat de stotteraar zijn symptoom gebruikt om aan de eisen van het te strenge Ideale Ik tegemoet te komen.

De oudere psychoanalytische literatuur heeft voornamelijk de aandacht gevestigd op de verschillende praegenitale fixaties die in het stotteren tot uiting kunnen komen. Dit is een aanwijzing dat stoornissen in de ontwikkeling van de stotteraar al in de eerste levensjaren gezocht moeten worden. In die periode zal de invloed van de opvoeders op de ontwikkeling van het kind groot zijn. Dit maakt het noodzakelijk om bij een stotteraar de verhouding met zijn ouders, vooral die met de moederfiguur — de eerste mens waarmee een kind in aanraking komt — nader te analyseren. Deze noodzaak wordt nog geaccentueerd door de invloed die de ouders blijken te hebben op de taalontwikkeling van hun kind. Hierop zal in het volgende hoofdstuk nader worden ingegaan.

Glauber [40] heeft van psychoanalytische zijde de moeder-kind relatie bij de stotteraar uitvoerig bestudeerd. Volgens hem is de

moeder van de stotteraar een vrouw die in protest leeft tegen haar eigen vrouwelijkheid. Zij is in haar jeugd overheerst door haar moeder en is tot een infantiele persoonlijkheid uitgegroeid, die beladen is met schuldgevoelens, angst en agressiviteit. Zij beleeft haar vrouwzijn als iets dat onverbrekelijk verbonden is met angst en onderworpenheid. Tijdens de graviditeit wordt dit echter anders, want nu kan zij tonen dat zij tot prestaties in staat is en het kind is daar het levend bewijs van. De moeder van de stotteraar groeit in haar graviditeit boven haar angst en onderworpenheid uit. Zij zal zich er daarom tegen verzetten het kind weer los te laten, want hierin heeft zij haar rechtvaardiging gevonden. Dit komt al direct tot uiting in het voeden van de zuigeling; de moeder zal het kind enerzijds graag willen voeden om hiermee te demonstreren hoe afhankelijk dit van haar is, maar anderzijds roept het voeden een weerstand bij haar op, want zij weet dat door het voedsel haar kind op zal groeien en zich van haar zal losmaken.

Van het begin af aan ligt de ambivalentie in de houding van de moeder ten opzichte van haar kind; afwisselend wil zij dit wel en niet de borst geven. Het kind wapent zich tegen deze dreiging door zich te identificeren met de moederborst en deze zo tot iets van zichzelf te maken. Het denkt dat het hiermee het dreigende gevaar van eens geen voedsel meer te krijgen, kan bezweren. Het risico van deze identificatie is echter, dat het kind zich te sterk met de moederborst vereenzelvigt en hierdoor een te grote binding met de moeder krijgt. Het kind komt hiermee immers tegemoet aan de wens van de moeder om het kind steeds aan zich gebonden te houden. De moeder wil haar kind klein houden, zij wenst het zelfs terug in utero en dit vormt voor het kind een tweede bedreiging van zijn nog wankele zelfstandigheid. Het staat tussen twee vuren, aan de ene kant de angst door moeder te worden verstoten, aan de andere kant de angst zich te sterk aan haar te binden en door haar te worden opgeslokt. In beide gevallen staat zijn leven op het spel, want het kind kan nog niet zonder de moeder en verstoten worden betekent zijn dood, terwijl toegeven aan haar wens om in utero terug te keren eveneens het einde betekent. Het kind moet een tussenweg vinden. Het mag met zijn streven naar zelfstandigheid zijn moeder niet zo ernstig irriteren, dat zij hem verstoot, maar moet tegelijkertijd oppassen niet tot de uiterste passiviteit te vervallen.

De moeder ondergaat volgens Glauber de identificatie met haar borst als een opschrokken hiervan door het kind en zij beleeft dit als een uiting van orale agressiviteit. Elke poging die het kind doet om zelfstandig te worden, ervaart zij als een aanval op de bestaanszekerheid die zij in het bezit van dit kind heeft gevonden. De eerste grote poging om zich een zekere onafhankelijkheid te veroveren, doet het kind in de oraal-sadistische phase, wanneer het zich uit de orale passiviteit probeert los te maken. De aanval die het hiermee op de moeder doet, wordt door deze beleefd als een uiting van orale agressiviteit. De identificatie met haar borst heeft zij ook op deze wijze verwerkt en zij is voor deze vorm van agressiviteit gesensibiliseerd geraakt. Zij zal zich daarom door de oraal-sadistische uitingen van haar kind ernstig bedreigd voelen en komt in verzet tegen zijn activiteiten.

Wanneer het kind gaat spreken, maakt het gebruik van dezelfde organen waarmee het zich uit de oraal-passieve phase probeerde te bevrijden. Het leren spreken van een kind is bovendien een stap op de weg naar de volwassenheid. Dit zijn voor de moeder twee moeilijk te verwerken feiten. Het wekt weerstand bij haar op en haar reactie zal het kind hard treffen. Moeders verzet tegen zijn activiteiten is immers in de orale sfeer begonnen, want één van de eerste ervaringen van het kind is moeders aarzeling over zijn voeding. Het spreken is een orale manifestatie van de groeiende zelfstandigheid en het is daardoor dubbel kwetsbaar. Het kind begint te aarzelen of het niet teveel risico neemt met moeder op deze wijze te trotseren, het wordt heen en weer geslingerd tussen wel of niet spreken, tussen doorzetten of toegeven, tussen activiteit of passiviteit. Dit verstoorde evenwicht tussen activiteit en passiviteit is volgens Glauber het centrale probleem in het stotteren [41]. Hij is hiermee de opvattingen van Edmund Bergler [42], die de passiviteitsproblematiek als de kern van elke neurose beschouwt, dicht genaderd.

1. A. Kussmaul : „Die Störungen der Sprache", herausgegeben und mit Kommentar versehen von Prof. H. Gutzmann. 4e Auflage, 1919, blz. 238 en 247.

2. L. Szondi : Konstitutionsanalyse von 100 Stottern, Wiener Medizinische Wochenschrift, 1932, blz. 922.

3. Smiley Blanton : in „Stuttering, significant theories and therapies" by E. F. Hahn, Stanford University Press, 1947, blz. 11.

4. James S. Greene : idem, blz. 45.

5. J. Tarneaud en M. Seeman : La voix et la parole. Librairie Maloine S.A., Paris 1950, blz. 128.

6. I. W. Karlin : Stuttering, evolution and treatment. Journal of medicine, 1956, 3719/3724.

7. R. Luchsinger en H. Landolt : Elektroencephalographische Untersuchungen bei Stottern mit und ohne Polterkomponente, Folia Phoniatr., 3, 135, 1951.

8. H. Landolt en R. Luchsinger : Poltersprache, Stottern und chronische organische Psychosyndrome. Ztschr. med. Wschr., 79, 1012, 1954.

9. M. Streifler en F. Gumpertsz : Cerebral potentials in stuttering and cluttering. Confinia neurologica, vol. 15, 1955, 344.

10. L. E. Travis : in „Stuttering, significant theories and therapies" by E. F. Hahn, 1947, Stanford University Press, blz. 100.

11. M. Nadoleczny : idem, blz. 136.

12. H. W. Siemens : Ueber Linkshändigkeit. Virchow's Archiv, 252. Band, 1924, blz. 15.

13. L. E. Travis : Handbook of Speech Pathology by Travis and others. Appleton-century-crofts, Inc., New York 1957, blz. 934, 944, 945.

14. E. Froeschels : in „Stuttering, significant theories and therapies" by E. F. Hahn, 1947, Stanford University Press, blz. 133.

15. A. Goeman : Het probleem van het stotteren, 1948, blz. 109. N.V. „Haga", den Haag.

16. E. Froeschels : The significance of symptomatology for the understanding of the essence of stuttering. Folia Phoniatr., vol. 4, 1952, blz. 217-231.

17. Borel-Maisonny : in „Het probleem van het stotteren", door A. Goeman, 1948, blz. 200. N.V. „Haga", den Haag.

18. D. Weiss : in „Stuttering, significant theories and therapies" by E. F. Hahn, 1947, Stanford University Press, blz. 146-150.

19. Wendell Johnson : An open letter to the mother of a stuttering child. Conner Publications Inc. Harrison N.Y. 1941.

20. F. Grewel : Classification of the disorders of language, speaking and voice. Proceedings, vol. XLIV, no. 10, 1941.

21. W. Kingdom Ward : Stammering. A contribution to the study of its problems and treatment. Hamis and Hamilton Medical Books. London 1941, blz. 104-105.

22. F. Grewel : Nieuwe aspecten van het stotterprobleem. Tijdschr. voor Logopaedie en Phoniatrie, Jaargang 25 (1953), nr 1, blz. 2.

23. E. A. D. E. Carp : De neurosen, Scheltema & Holkema N.V., Amsterdam, 3e druk, 1947, blz. 23.

24. E. A. D. E. Carp : idem, blz. 192.

25. C. van Riper : in „Handbook of Speech Pathology" by Travis and others. Appleton-century-crofts, Inc. New York, 1957, blz. 32-34.

26. E. Wiesenhütter : „Entwicklung, Reifung und Neurosen", Beiträge aus der Allgemeinen Medizin, 13 Heft 1958. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, blz. 34-53.

27. A. Appelt : Zur Behandlung des Stotterns, Internat. Zeitschrift für Individual Psychologie, II, Nr. 4, 1924, blz. 1.

28. E. Scripture : in „Het probleem van het stotteren" door A. Goeman, N.V. „Haga" Den Haag, 1948, blz. 90.

29. P. H. Ronge : Individualpsychologie, 1934, blz. 179.

30. Sibyl Mandell : Die Psychologie des Stotterns, Internat. Zeitschrift für Individual Psychologie, VIII, Jrg. 1930, blz. 369.

31. Isador H. Coriat . The oral-erotic components of stammering, International Journal of Psychoanalysis, Vol. VIII, 1927, blz. 56.

32. Isador H. Coriat : Dynamics of stammering. Psychoanalytic Quarterly, Vol. II, 1933, blz. 244.

33. O. Fenichel : The psychoanalytic theory of neurosis. Routledge and Kegan Paul Ltd., 1955, blz. 311-317.

34. A. Tamm : Zwei Fälle von Stottern, Zeitschrift für Psychoanalytische Paedagogik, Jrg. II, 1927/28, blz. 341.

35. E. Fuchs : Zur Psychoanalyse des Stotterns, Internat. Zeitschrift für Psychoanalyse, XX. Band, 1934, blz. 375.

36. Isador H. Coriat : The oral-erotic components of stammering, International Journal of Psychoanaysis, Vol. VIII, 1927, blz. 58.

37. H. Meng : Aus der Analyse eines Stotterers, Zeitschrift für Psychoanalytische Paedagogik, 1932, Jrg. 6, blz. 164.

38. G. Graber : Redehemmung und Analerotik, Zeitschrift für Psychoanalytische Paedagogik, 1927/1928, Jrg. 2, blz. 362.

39. M. Eder : Das Stottern, eine Psychoneurose und seine Behandlung durch die Psychoanalyse, Internat. Zeitschrift für Psychoanalyse, 1913, blz. 547.

40. I. P. Glauber : Dynamic Therapy for the stutterer in „Specialized techniques in Psychotherapy", edited by Bychowski and Despert, Basis Books Inc. N.Y., 1952, blz. 207-239.

41. I. P. Glauber : Ego development and the character of the stutterer, Psychoanalytic Quarterly XIX, Nr. 1, 192, 1950.

42. E. Bergler : The basic neurosis, Greene and Stratton Inc. N.Y. 1949.

Hoofdstuk III

DE SPREEKTAAL EN ZIJN ONTWIKKELING IN VERBAND MET HET ONTWIKKELINGSSTOTTEREN

In de voorafgaande hoofdstukken zijn de begrippen taal, spraak en spreken al menigmaal genoemd zonder dat hierop nader is ingegaan. Ik wil nu proberen te onderzoeken in hoeverre een nadere bezinning op deze begrippen en hun ontwikkeling van belang kan zijn voor een beter begrip van het ontwikkelingsstotteren.

Carp [1] bespreekt de betekenis van de taal in het kader van de uitdrukkingsmotoriek. Hij herinnert er aan dat alle psychomotoriek in wezen uitdrukkingsmotoriek is en vindt dat het in de eerste plaats behoeften van emotionele aard zijn, die in deze vorm van motoriek vertolking vinden. Vervolgens echter openbaart zich in de uitdrukkingsmotoriek een communicatieve behoefte, een drang tot aanknopen van gemeenschapsbetrekkingen. Deze betekenis komt op de meest duidelijke wijze naar voren in het gebruik van de taal. Carp beschouwt de taal als vormgeving aan de drang tot aanknoping van gemeenschapsbetrekkingen, als een behoefte anderen deelgenoot te maken van belevenissen. De taal heeft hiervoor verschillende mogelijkheden tot zijn beschikking. Men onderscheidt gebaren-, ogen-, orgaan-, spreektaal enz. De mens kan tot communicatie proberen te komen door bijvoorbeeld gebaren te maken, knipoogjes te geven of woorden te spreken.

Het spreken is niet los te denken van de taal. Het is een pogen om tot communicatie te komen door middel van taalgebruik. Spreken is alleen mogelijk wanneer men over de vormgeving van de taal beschikt. Omgekeerd zal deze vormgeving pas aan zijn doel beantwoorden als hij wordt gebruikt, dus wanneer men spreekt. In dit samenspel van taal en spreken vertegenwoordigt de taal meer het statische en het spreken meer het dynamische element.

De spraak van een mens is de wijze waarop hij spreekt, het is zijn uitspraak. Ieder mens geeft aan het gebruik van de taal een persoonlijk element. Men kan iemand aan zijn spraak herkennen. Ik wil deze

begrippen nader toelichten door gebruik te maken van een vergelijking. Wanneer iemand een vriend wil opzoeken (behoefte tot communicatie) kan hij hiertoe in zijn auto stappen (de taal). Om de vriend te bereiken zal hij echter moeten gaan rijden (spreken). Iedere automobilist heeft een persoonlijke wijze van rijden (de spraak), die zich bijvoorbeeld uit in het schakelen, remmen of sturen. Autorijden (spreken) is alleen mogelijk wanneer men de beschikking heeft over een auto (de taal), maar het hebben van een auto krijgt pas zin wanneer men hem gebruikt.

Ik wil deze overwegingen thans gebruiken om een onderscheid te maken tussen spraak-, spreek-, en taalstoornissen. Een spraakstoornis is bijvoorbeeld het foutief uitspreken van bepaalde woorden. Slissen is hiervan een goed voorbeeld. Stotteren is een spreekstoornis, de patiënt kent en begrijpt de taal, maar hij kan er geen ongestoord gebruik van maken. Een voorbeeld van een taalstoornis lijkt mij de sensorische afasie. Het begrip van de spreektaal is hierbij voor de patiënt verloren gegaan.

Karl Bühler [2] heeft zich op de verschillende facetten van het spreken en de taal nader bezonnen. Het is hem opgevallen dat de keuveltaal van het kind zich niet essentieel onderscheidt van de dierentaal. Affecten en wensen kan een hond bijvoorbeeld even goed uiten als een zuigeling. Een typisch menselijke functie van de taal is echter het gebruik van woorden voor intellectuele doeleinden. Bühler heeft dit bij dieren nooit gezien.

Hij heeft aan de taal drie facetten onderscheiden: „de Kundgabe, Auslösung en Darstelling", waarvan de „Auslösung" in latere jaren is vervangen door het „Appell" [1]. Over de „Kundgabe" en „Auslösung" schrijft Bühler „Wenn ein Laut (oder ein anderes Zeichen, z.B. eine Gebärde) dazu da (geeignet) ist, einen seelischen Zustand des Zeichengebers zu verraten, an zu zeigen, so soll diese Funktion Kundgabe heiszen. Wenn ein Laut dazu da (geeignet) ist, im Hörer ein bestimmtes Verhalten auszulösen, so wollen wir die Funktion Auslösung nennen".

In haar betekenis van „Kundgabe" kan de taal uitdrukking geven aan onbewuste emotionele belevenissen. Voorbeelden van „Appell-Auslösung" zijn volgens Bühler het kakelen van de kip om haar kuikens bij elkaar te houden, of de kreet van de wachter van de kudde om voor gevaar te waarschuwen. Het „Appell" verwekt bij degene

die luistert een zekere reactie. Alle kuikens komen naar de moeder toe of alle dieren vluchten weg bij het alarmsignaal. Bühler legt er de nadruk op dat het „Appell" zich niet in het verstandelijke vlak afspeelt. Het is dus onbelangrijk of het dier zelf het doelmatige van zijn signaal inziet; waar het op aankomt is dat een bepaalde reactie bij degene die luistert wordt opgeroepen.

De „Darstellung" vindt zijn oorsprong in het denken [1] en is hierdoor een typisch menselijke functie van de taal. Door middel van het denken probeert de mens zich te oriënteren in zijn wereld. De „Darstellung" kan daarom worden beschouwd als een functie in dienst van deze oriëntatie.

In de spreektaal vindt men steeds een combinatie van deze drie functies. Het is niet mogelijk hiertussen een scherpe scheiding te maken. De spreektaal is een mengeling van „Kundgabe, Appell en Darstellung", waarbij nu het één dan het ander meer op de voorgrond staat.

Ik wil, wanneer ik mij de vraag stel wat bij het stotteren het meest is gestoord, uitgaan van de centrale plaats die de contact- en communicatiestoornis in de stotterproblematiek inneemt. De mens gebruikt de taal om in zijn behoefte tot communicatie te kunnen voorzien. Het valt daarom te verwachten dat de invloed van contact- en communicatiestoornissen in alle facetten van de taal en het spreken merkbaar zal zijn. De stotteraar zal een gestoorde „Kundgabe, Appell en Darstellung" hebben.

Bij de „Darstellung" staat het communicatieve element echter niet op de voorgrond; het is een oriënterende functie. De luisteraar moet door de woorden van de spreker, de zin begrijpen van de dingen die deze hem wil mededelen. In het nieuwsbulletin van de radio bijvoorbeeld ligt het hoofdaccent op de „Darstellung".

Bij het „Appell" speelt de communicatie een belangrijke rol. Het is immers deze functie die wordt gebruikt om de communicatie te helpen opbouwen. Wanneer men bijvoorbeeld de behoefte heeft om iets samen met een ander te beleven, zal men door middel van het „Appell" proberen om de hiervoor gewenste gevoelens bij de ander op te roepen.

Voor de „Kundgabe" is het bestaan van een communicatie een essentiële voorwaarde. Een emotionele ontlading werkt slechts bevrijdend wanneer men niet alleen is. Huilen, razen of tieren geeft

geen opluchting als men eenzaam is, de spanning blijft hangen. Om tot een vruchtbare „Kundgabe" te kunnen komen, moet er dus een zekere mate van communicatie bestaan. Het blijkt zo dat contact- en communicatiestoornissen zich voornamelijk zullen manifesteren in het „Appell" en de „Kundgabe".

Uit de psychoanalytische beschouwingen die in hoofdstuk II zijn gerefereerd, is gebleken dat de stotteraar vol agressiviteit zit en dat sadistische trekken hem niet vreemd zijn. Hij zal daarom voorzichtig moeten zijn met de „Kundgabe". Het risico bestaat dat hij bij een uitbarsting van verdrongen emoties zijn reacties niet in de hand zal kunnen houden. Het is veiliger voor hem de „Kundgabe" te vermijden.

Het „Appell" biedt de mens mogelijkheden tot een gemeenschappelijk beleven. Volgens de eveneens in hoofdstuk II gerefereerde inzichten van Glauber zal de stotteraar hier weinig voor voelen, gezien de ervaring die hij hierin bij zijn moeder heeft opgedaan. Deze heeft immers zijn activiteiten steeds afgeweerd. Het zal daarom weinig aantrekkelijk voor hem zijn pogingen tot communicatie te ondernemen, omdat hij vreest te zullen worden afgewezen.

Een veel groter gevaar bedreigt de stotteraar echter wanneer het „Appell" wel een goede communicatie zou geven en hierdoor een gemeenschappelijk beleven tot stand zou komen. Zolang de stotteraar de mensen op een afstand kan houden, bestaat er weinig risico dat zijn emotionaliteit hem uit de hand loopt. In het nauwe contact van het gemeenschappelijk beleven kunnen de verdrongen emoties van de stotteraar echter zo dicht aan de oppervlakte komen, dat hij deze niet meer onder controle heeft.

Samenvattend wil ik naar aanleiding van de opvattingen van Karl Bühler over de taal, het stotteren in de eerste plaats beschouwen als een stoornis in de „Kundgabe". De stoornis in het „Appell" is voor het grootste deel hiervan het gevolg. De stotteraar durft het „Appell" niet aan, uit angst voor de mogelijkheid dat de „Kundgabe" hem zal overrompelen.

Na deze begripsbepaling wil ik thans de ontwikkeling van spreektaal, spraak en spreken aan een nadere beschouwing onderwerpen. Ik wil mij echter tot die facetten beperken, die voor het ontwikkelingsstotteren van belang lijken te zijn.

Het stotteren is een spreekstoornis en ik zal daarom mijn aandacht vooral richten op de ontwikkeling van het spreken en de spreektaal. Het spreken en zijn taal zijn niet los van elkaar te denken. Men kan het spreken slechts benaderen door het in zijn vormgeving — de spreektaal — nader te onderzoeken. De ontwikkeling van de spreektaal, in het vervolg kortweg de taal genoemd, zal daarom in de nu volgende beschouwing de centrale plaats moeten innemen.

Charlotte Bühler [3] acht voor de neonatus twee dingen van essentiëel belang: de techniek van het zuigen en de techniek van het contact zoeken. De zuigeling is volledig afhankelijk van zijn omgeving en het is dus voor hem van vitaal belang om zo spoedig mogelijk een methode te vinden om met deze omgeving in contact te kunnen treden.

Een van deze mogelijkheden ligt in het maken van geluiden. Gedurende de eerste weken van zijn bestaan kan het kind nog geen ander geluid voortbrengen dan huilen en heeft het weinig variatiemogelijkheden. Wanneer wij dit kind gedurende het huilen observeren, lijkt het alsof het kind ontevreden is en onlustgevoelens heeft. We kunnen een dergelijke huilbui bezweren door het kind op de arm te nemen, te sussen of door het iets te eten te geven.

Na enige tijd echter gaat de zuigeling ook geluidjes van tevredenheid en plezier maken. Het zijn geluiden in de trant van 'eh-eh' of 'psss' en even duidelijk als het huilen blijk geeft van „Unlust"-gevoelens geven deze geluidjes aan, dat het kind zich tevreden en plezierig voelt. Het maken van deze geluiden staat in de literatuur bekend als „lallen" of „keuvelen" [4, 5] en met dit keuvelen geeft het kind uiting aan „Lust"-gevoelens.

Op deze leeftijd is het kind nog in een stadium van ongedifferentiëerde motoriek, waarin een bepaalde beleving min of meer pantomimisch wordt geuit. Het kind drukt zich uit met gebruikmaking van zijn gehele lichaam. Het zwaait met armen en benen, trekt gezichten, keuvelt of huilt en zonder het kind te horen, kan men aan zijn bewegingen al zien of het slaapt, huilt of keuvelgeluidjes maakt. Omgekeerd kan men zich, wanneer men het kind alleen maar hoort, al een voorstelling maken van de bewegingen die het maakt.

In het allereerste begin zit in het maken van geluiden nog geen grotere neiging tot contact zoeken dan bijvoorbeeld in het zwaaien

met armen of benen. De omgeving reageert echter sneller op de geluiden van een kind dan op zijn bewegingen. Wanneer het kind in de wieg ligt en boos met zijn vuist zwaait, gebeurt er niets wanneer niet toevallig iemand in de wieg kijkt. Het huilen blijkt echter een beter middel te zijn om de aandacht te trekken. De zorgzame moeder komt kijken wat er aan de hand is en het verkleumde, blootgewoelde kind wordt weer ingestopt of een ander ongemak wordt verholpen.

Ook wanneer het kind keuvelgeluidjes maakt, reageert zijn omgeving. „Het kind praat" wordt er vol trots gezegd en de omstanders beginnen de meest wonderlijke geluiden terug te maken. Het kind ontdekt op deze wijze spoedig dat het met maken van geluiden een grote invloed op zijn omgeving kan uitoefenen en het weet hiervan weldra een bijzonder goed gebruik te maken.

Zowel met het huilen als met het keuvelen krijgt het kind contact met zijn verzorgster. Bij het keuvelen ontstaat hierbij een soort van gesprekssituatie, want als het kind keuvelt tegen de moeder, antwoordt deze in dezelfde taal. Bij het huilen gaat de moeder echter niet meehuilen om haar kind in dezelfde taal te kunnen antwoorden.

Het spreken van de moeder moet voor het kind een speciale betekenis hebben. Het lugubere experiment van Frederik II van Pruisen heeft dit wel aangetoond [6]. Frederik wilde namelijk eens zien welke taal de kinderen gingen spreken wanneer zij in een omgeving opgroeiden, waar niet tegen hen werd gesproken. Hij isoleerde hiervoor een aantal zuigelingen in een dergelijk milieu, maar heeft de proefneming moeten staken omdat, ondanks de goede somatische verzorging, de zuigelingen stierven. Voor het kind is het vertroeteld worden en het luisteren naar liefkozende woordjes, in welke taal die ook worden gesproken, even noodzakelijk als de moedermelk.

De geluiden die de zuigeling maakt wanneer hij aan het keuvelen is, zijn over de gehele wereld ongeveer gelijk; ook het dove kind maakt in het begin dezelfde keuvelgeluidjes. Hiermee wil ik niet zeggen dat zij er allemaal hetzelfde mee bedoelen, want het uiten van woorden of klanken is een individuele aangelegenheid. Ieder mens hecht aan eenzelfde woord of klank naast de algemene, ook een persoonlijke betekenis.

De ouders gaan nu op de keuvelgeluiden van hun kind reageren en halen er bepaalde klankcombinaties uit. Vol trots bijvoorbeeld laat de moeder haar bezoek horen hoe haar kind al „mama" kan zeggen;

het is echter de vraag of het kind dit al kan. Het heeft in zijn keuvelstadium een aantal klanken ter beschikking en het kan hier eindeloos mee variëren. In zijn spelen met de klanken kan het een aantal combinaties maken, die boven de mogelijkheden van de moedertaal uitgaan. Zo zal het op een goede dag eens mamamama keuvelen. De ouders zullen denken dat hun kind „mama" kan zeggen, maar in vele gevallen zullen zij de teleurstelling moeten verwerken, dat hiervan enige weken later niets meer te merken is. De klanken papa of mama liggen op zo'n moment nog in het gewone keuvelpatroon. De mogelijkheid bestaat dat na enige tijd een ander klankpatroon meer naar voren komt.

De meeste ouders echter blijven ondanks deze teleurstelling hun kind regelmatig de woorden papa en mama voorhouden, net zolang tot het kind ontdekt dat het hiermee contact met hen kan krijgen. Het kind gaat dan de keuvelklanken papapa en mamama gericht gebruiken en zo ontstaan de woorden papa en mama. Het woord „mama", ook al wordt het gericht gebruikt, zal echter nog meer dan één betekenis hebben. De vrouw die reageert wanneer het kind mama zegt, is immers degene die het zijn eten geeft wanneer het honger heeft, die het troost wanneer het verdriet heeft en die leuke spelletjes met het speelt. Het woord mama zal in de beginfase de betekenis hebben van „Ik wil pap, ik wil getroost worden of ik wil grapjes maken".

Karl Bühler [4] heeft deze woorden de affect- en wenswoorden genoemd. Behalve dat het kind hiermee, zoals bij het keuvelen, uiting geeft aan zijn affecten, gaat het op deze wijze ook bepaalde wensen kenbaar maken. Op deze manier ontstaan uit de keuvelklanken de eerste zinvol gesproken woorden en wordt een begin gemaakt met het opbouwen van een woordenschat.

De betekenis, die het kind aan een woord geeft of die een volwassene hieraan hecht, is in het begin totaal verschillend en vaak is het alleen de moeder, die begrijpt wat haar kind bedoelt. De taal beperkt zich tot zinnen van één woord; het zijn de woorden die uit de waterval van keuvelklanken zijn geïsoleerd, doordat de ouders hierop de aandacht hebben gevestigd. Grammaticaal is dit taalgebruik allerminst juist, maar als communicatiemiddel met de moeder functioneert het meestal goed.

Het kind gaat zijn woordenschat verder vergroten door woorden

van de omgeving over te nemen. Zowel de directe als de indirecte invloed van de ouders op de taalontwikkeling van het kind zal daarom groot zijn. Behalve dat de ouders bepaalde klanken uit het keuvelen van hun kind isoleren zoals bijvoorbeeld bij „mama", dienen zij met hun taalgebruik het kind als identificatieobject. Wanneer de vader met eindeloos geduld zijn kind een polshorloge voorhoudt en daarbij tik-tak zegt, dan zal het kind eens begrijpen, dat tik-tak en horloge bij elkaar horen. Wanneer dit kind dan tik-tak hoort, zal zijn belangstelling naar de arm van de vader gaan. Zo zal het er meer en meer op gaan letten welke klanken bij welke voorwerpen passen en langzamerhand tot een zinvol gebruik van bepaalde klankgroepen komen.

Naast de betekenis die het woord heeft, bevat het echter ook nog grote gevoels- en wenselementen. Wanneer het kind een horloge ziet en tik-tak zegt, kan het hiermee aangeven dat het dit voorwerp herkent en de naam ervan weet. Tik-tak kan echter ook betekenen „dat mooie ding, dat geluid maakt en waar ik zo fijn mee kan spelen" [6]. Het element van de affect- en wenswoorden zal echter een steeds kleinere plaats gaan innemen. Het kind begint te praten over dingen, die niet aanwezig zijn, het kan vertellen over dingen, die het heeft meegemaakt en het accent komt meer op de mededeling te liggen. Het kind gaat vragen naar de namen van de dingen; Karl Bühler [4] heeft dit de eerste vragenperiode genoemd. Het kind krijgt er plezier in de dingen bij hun naam te noemen. Hiervoor is een zekere denkwerkzaamheid nodig; de affect- en wenskwaliteiten raken hun overheersende positie kwijt en het woord wordt meer geïntellectualiseerd. Elke keer als het kind weer een nieuw woord heeft geleerd, heeft het als het ware bezit hiervan genomen en het kan er een zekere macht over uitoefenen. Het kan dit voorwerp bij de naam noemen; het is een deel van zijn wereld geworden. Het kind gaat zelf combineren en bepaalde analogieën leggen [5]. Woorden, die in verschillend verband zijn geleerd, kunnen tot één zin worden samengevoegd; verbuigingen van een werkwoord worden zonder meer ook op andere toegepast, onverschillig of deze nu sterk of zwak zijn. Het kind kan zo zeggen: „dat heb Jaapje gekrijgt" in plaats van „dat heeft Jaapje gekregen". Het kan een kleine soldaat betitelen als een kindersoldaat; aan het begrip kind is klein verbonden en zo wordt kind gebruikt in de betekenis van klein. Het kan van een boek dat op tafel

ligt, zeggen: „het boek slaapt op de tafel". Dit in analogie met de situatie waarin hetzelf verkeert, wanneer het gaat slapen.

Het kind, dat zijn woordenschat opbouwt uit keuvelklanken en de woorden, die het van de volwassenen overneemt, krijgt zo meer mogelijkheden. Het verwisselt bepaalde combinaties onderling, maakt analogieën en zo breidt zijn woordenschat zich snel uit. Het kind heeft er plezier in om een soort van gesprek te onderhouden en hierin zit een duidelijke neiging om contact te zoeken. Samen met zijn moeder spreekt het de hele dag tot moeders oren er van tuiten en wanneer de moeder niet antwoordt, wordt dezelfde vraag herhaaldelijk en indringend gesteld, net zolang tot het antwoord komt.

Wanneer het kind „ik" begint te zeggen, kan het zijn eigen belevingen onder woorden gaan brengen. Het bereikt dan in zijn spreken een zekere mate van individualisering en praat veel over zichzelf.

Het is gevaarlijk om voor deze fasen van de taalontwikkeling een leeftijd te noemen, want de physiologische variatie is zeer groot. In het algemeen bereiken meisjes een bepaald stadium in de taalontwikkeling eerder dan jongens, zoals de gehele psychische ontwikkeling van een meisje die van een jongen meestal vooruit is.

Het kind heeft zich zo langzamerhand uit de ter beschikking staande elementen een spreekmateriaal opgebouwd, dat de woordenschat van de volwassenen overtreft. De „kindersoldaat" is hiervan een nog begrijpelijk voorbeeld, maar de kleuter weet uit keuvelklanken, analogieën en overgenomen woorden soms neologismen te construeren, waarvan de herkomst niet duidelijk is. Om tot de taal van volwassenen te komen moet het kind klanken gaan afstoten en zichzelf beperkingen opleggen. Het krijgt een kortdurend stadium van echolalie, waarin het de woorden van de volwassenen als een echoput herhaalt. Het kind probeert systeem in zijn taalgebruik te krijgen en al is dit in het begin anders dan ons volwassen systeem, alleen al door het feit, dat het een systematisch gebruik gaat maken van zijn klankenmateriaal, nadert het kind het volwassen taalgebruik aanzienlijk. Zo kan bijvoorbeeld het woordje „niet" achter aan een zin worden vastgeplakt, wanneer het kind de inhoud van deze zin wil omkeren: „ik wil naar bed niet".

Nu volgt in de taalontwikkeling de tweede vragenperiode [4]. Vroeg het kind in de eerste periode steeds „Wat is dit en wat is dat", thans vraagt het „Waarom dit en waarom dat". Eindeloos

klinkt „waarom", tot de ouders er wanhopig van worden. Tegelijkertijd wordt de zinsbouw en het systeem in het taalgebruik van het kind geleidelijk omgebouwd tot het volwassen niveau.

Na dit moment komt in de ontwikkeling een hachelijke periode, die zeer belangrijk is voor het ontwikkelingsstotteren, omdat hier het begin van deze stoornis ligt. Tussen zijn 3e en 5e jaar krijgt het kind een periode waarin het over zijn woorden gaat vallen. De woorden worden half of verkeerd uitgesproken en klanken kunnen worden herhaald. Het kind spreekt snel en struikelt over zijn woorden zonder dat het hier zelf ernstig last van schijnt te hebben.
In de literatuur staat deze fase, zoals in hoofdstuk II reeds is beschreven, onder verschillende namen bekend. Froeschels [7] heeft dit verschijnsel het physiologische stotteren genoemd. Ik geef er echter de voorkeur aan het woord stotteren hier te vermijden. Het kind besteedt immers weinig of geen aandacht aan deze spreekmoeilijkheden, contactstoornissen of spreekangst — typische kenmerken van de stotteraar — lijken hier geen van beide aanwezig.

Aan de naam broddelen zijn in dit verband eveneens bezwaren verbonden. Het broddelen is immers een pathologisch verschijnsel, terwijl de hier bedoelde moeilijkheden een physiologische fase in de ontwikkeling vormen. Wat de symptomatologie betreft lijken zij echter meer op broddelen dan op stotteren. Een nieuwe naam zou de verwarring die op dit punt bestaat, slechts groter maken. Ik wil daarom deze spreekmoeilijkheden in navolging van Weiss [8] „het physiologische broddelen" noemen.

Afgezien van deze naamgeving, blijft het een hoogst merkwaardig feit dat ieder mens in zijn ontwikkeling een fase krijgt, waarin hij niet geheel en al uit zijn woorden kan komen. Zoals reeds is vermeld hebben meerdere onderzoekers dit verschijnsel opgemerkt. Het is echter de grote verdienste van Johnson [9] geweest om de aandacht zo sterk op deze periode te vestigen. Uiteraard heeft men algemeen geprobeerd een verklaring van dit fenomeen te vinden en meestal heeft men deze gezocht in een dissociatie tussen het spreken en het denken [10], [11], [12]. Wanneer we dit probleem echter proberen te benaderen van de kant van de ontwikkelingspsychologie, blijkt dat het kind zijn fase van physiologisch broddelen doormaakt, wanneer het de latentie-fase van zijn psycho-sexuele ontwikkeling begint te naderen. Men kan zich nu de vraag stellen in hoeverre dit enige invloed

zal hebben op het ontstaan van het physiologische broddelen. Ik wil voor dit probleem gebruik maken van de gezichtspunten, die Ferenczi in zijn artikel „Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinnes" [13] naar voren heeft gebracht.

Ferenczi heeft op grond van zijn observaties van het kinderlijke gedrag een theorie ontwikkeld waarin hij vier ontwikkelingstrappen in het almachtsgevoel onderscheidt: de periode van de absolute almacht, van de magische hallucinatoire almacht, van de magische gebaren en van de magische woorden en gedachten. De eerste almachtsfase ligt in de praenatale periode. Het kind in utero voelt zich de alleenheerser in zijn rijk. De harde concurrentiestrijd met de ander is nog niet begonnen en het kind heeft zich nog geen zorgen te maken over gebrek aan voedsel of warmte. Meestal wordt deze toestand in de eerste dagen van zijn bestaan min of meer gecontinueerd, want het pasgeboren kind staat nog in het middelpunt van de belangstelling. Het krijgt de maximale aandacht van de moeder, zijn wensen worden direct vervuld en het kind kan zich in dit stadium nog voorstellen dat het almachtig is.

Weldra worden echter deze schone dromen verstoord en kan het kind deze illusie van almacht slechts handhaven in een fantasiewereld. Het probeert zich door middel van hallucinaties voor te stellen dat zijn wensen nog steeds worden vervuld en tracht op deze manier zijn verloren gegaan paradijs te handhaven. Ook dit stadium van magische en hallucinatoire almacht moet het kind opgeven wanneer het ontdekt hoe ver dit van de realiteit afstaat. De buitenwereld weet niets van deze droomwensen en houdt er geen rekening mee. Het kind staat dus voor de noodzaak een methode te vinden waardoor het zijn wensen kan kenbaar maken.

De meest primitieve vorm is door middel van gebaren en zo komt het kind in het stadium van de magische gebaren. De omgeving wordt echter veel beter bereikt met het maken van geluiden; een kind dat huilt of schreeuwt trekt veel sneller de aandacht dan een kind dat alleen maar gebaren maakt. Het kind verliest zijn geloof in de magische gebaren en gaat zijn vertrouwen in de magische geluiden stellen.

Als het kind de beschikking krijgt over woorden, kan het hiermee de voorwerpen uit de buitenwereld veel directer en genuanceerder aanduiden dan met gebaren of geluiden. Het kind maakt een sprong

vooruit wanneer het de beeldrijke fantasieën uit het magisch-hallucinatorische stadium kan omzetten in woorden. Zijn eerste woorden worden met ongeduld afgewacht en wanneer het eindelijk zo ver is, geeft dit enige beroering bij de ouders. Het spreken van het kind staat op dat moment in het centrum van de belangstelling en met zijn woorden beheerst het de omgeving: het stadium van de magische woorden en gedachten. Overblijfselen van deze almachtsfase vinden we terug in de toverwoorden van de sprookjes, waar met één magisch woord een hele situatie wordt beheerst of veranderd.

Het woord blijft de eerste tijd sterk gebonden aan de hallucinatorische waarneming. Het kind roept met het woord het hiermee bedoelde begrip concreet, als een voorstellingsbeeld, op. Het duurt geruime tijd voor het woordgebruik dit karakter verliest en meer abstract wordt. De voorstellingsbeelden verdwijnen en worden tot herinneringen. Het denken kan nu in woorden geschieden en fijnere, meer genuanceerde prestaties worden mogelijk.

De terugval naar het hallucinatorische gebruik blijft echter in principe bij elk woord mogelijk; in dromen bijv. gebeurt dit en zijn de woorden geen abstracte begrippen, maar hebben zij een voorstellingskarakter. Behalve door regressie kan een woord ook een beeldkarakter hebben door een ontwikkelingsremming. Dit zou volgens Ferenczi met de obscene woorden gebeuren. Deze blijven steken in het stadium van de magische woorden en gedachten en blijven zo met een voorstellingskarakter beladen. Deze remming zou ontstaan doordat de ouders hun kind verbieden om obscene woorden te zeggen. Het gevolg hiervan is dat deze woorden verdrongen worden en dat zij het volgende ontwikkelingsstadium niet kunnen bereiken. Zij blijven daarom gefixeerd in de fase van de magische woorden en gedachten en behouden het voorstellingskarakter.

Ferenczi heeft opgemerkt dat het kind op de leeftijd van 4 tot 5 jaar een fase krijgt, waarin het opvallend veel obscene woorden gaat zeggen. Hij schrijft: „In vierten bis fünften Lebensjahr, bei Frühreifen schon erheblich früher, zur Zeit also, wo die Kinder ihre „polymorph-perversen" Triebe einschränken, schiebt sich zwischen das Aufgeben der infantilen Befriedigungsarten und der Beginn der eigentlichen Latenz Zeit, eine Periode, die durch den Drang zum Aussprechen, Aufschreiben und Anhören obszöner Worte gekennzeichnet ist". [14]. Hij beschouwt deze drang tot uitspreken, opschrij-

ven, tekenen, horen of lezen van obsceniteiten als een laatste uiting van infantiele exhibitionistische en voyeurs-neigingen voor het begin van de latentiefase.

Ik wil nu reeds signaleren dat dit fenomeen ongeveer op dezelfde leeftijd verschijnt als de physiologische broddelperiode. Ik zal hier later nader op ingaan, maar wil thans eerst de opvattingen van Bergler [15], die ook een artikel over obscene woorden heeft gepubliceerd, in deze beschouwingen betrekken. Bergler acht het waarschijnlijk dat de verdrongen obscene woorden gefixeerd zullen blijven aan het ontwikkelingsstadium, waarin zij verdrongen zijn. De rest van het vocabulaire wordt gedurende zijn ontwikkeling door ervaring en opvoeding ontdaan van zijn hallucinatoir karakter. Dit gebeurt echter niet met de obscene woorden, deze blijven als een verdrongen corpus alienum liggen. Uit de diverse opschriften in de urinoirs blijkt overigens wel dat deze verdringing geen absolute is.

Bergler heeft een aantal ziektegeschiedenissen van oraal gefixeerde of geregrediëerde patiënten nader bestudeerd. Het is hem hierbij opgevallen dat het spreken soms de betekenis heeft van een uiting van liefde. Het kind zal bijvoorbeeld om zijn moeder een plezier te doen de gasten netjes begroeten met „dag, mevrouw", en „dag, meneer"; zijn woorden zijn als een geschenk voor haar bedoeld. Omgekeerd is „doodzwijgen" één van de ergste dingen, die kinderen elkaar kunnen aandoen. Het slachtoffer wordt uit de gemeenschap gestoten en men spreekt niet meer tegen hem. Wat dit betekent, blijkt wel uit het experiment van Frederik II van Pruisen. De kinderen werden hier met recht „doodgezwegen".

Zoals de woorden een blijk van liefde kunnen zijn, zo kan het zwijgen de betekenis hebben van een onthouden van liefde. Bergler heeft enkele gevallen geobserveerd waarin kinderen, na een ernstige frustratie door de moeder, volledig met spreken zijn opgehouden. Zij zijn weer met spreken begonnen toen de woorden een agressieve betekenis gingen krijgen.

Een dergelijke betekenis krijgen de woorden wanneer in het spreken negatieve gevoelens tot uitdrukking worden gebracht. Wanneer de moeder haar kind bijvoorbeeld verbiedt om obscene woorden te zeggen, kan het kind dit juist gaan doen om haar te kwetsen en te ergeren. Ondanks dit agressieve karakter, blijven het echter woorden en op de achtergrond klinkt de betekenis van „het woorden ge-

ven aan de moeder" weer mee. Het is als met het kind dat het in zijn broek doet en ondanks deze protestdemonstratie zijn moeder toch de faeces schenkt.

De obscene woorden kunnen, zoals bij iedereen, ook bij de moeder een reactie teweeg brengen. Zij kunnen immers het voorstellingskarakter behouden hebben. Bij het luisteren naar deze woorden ontstaat daarom het gevaar dat de hieraan verbonden beelden weer bewust zullen worden. Dit gevaar dreigt vooral wanneer een ander beeld zich aan het voorstellingsbeeld van het obscene woord heeft gehecht. Ieder mens heeft wel in zijn leven verboden erotische gebeurtenissen gehoord of gezien. De herinnering hieraan heeft hij verdrongen. Dit herinneringsbeeld kan, wanneer het een overeenkomst vertoont met het voorstellingsbeeld van een obsceen woord, zich hiermee vermengen. Bij het horen of zien van het obscene sleutelwoord dreigt nu deze mengvorm bewust te worden. Op deze wijze kan het beeldkarakter van één bepaald obsceen woord voor iedereen verschillend worden.

De verboden beelden, die aan de obscene woorden verbonden zijn, bieden de mens mogelijkheden tot bevrediging van zijn exhibitionistische en voyeursneigingen. Iemand die met interesse naar een obsceen verhaal luistert, is als de toeschouwer, die op de eerste rij de voorstelling volgt. Hij kan aan het beeld, dat het obscene woord bij hem oproept, zijn voyeursneigingen bevredigen. Het jongetje, dat obscene woorden tegen zijn moeder zegt, exhibitioneert tegenover haar met zijn potentie en valt haar sexueel aan. Hij geeft haar als het ware een beeld van de sexuele neigingen die in hem aanwezig zijn en dringt haar deze op. De moeder zal dit onbewust ook als zodanig ervaren, afhankelijk van de beelden, die deze woorden bij haar oproepen. Speciaal in de oedipale situatie zijn dergelijke uitingen van de kant van de jongen te verwachten. De moeder zal hiertegen verbiedend optreden, deels uit paedagogische overwegingen en deels omdat zij de sexuele agressiviteit van haar zoon afwijst.

Zoals reeds is vermeld, krijgt het kind als voorstadium van de latentiefase een periode waarin het opvallend veel obscene woorden zegt. Ferenczi [14] heeft dit beschouwd als een laatste uiting van de infantiele sexualiteit, voordat deze in de latentiefase voorlopig tot rust komt. Hij heeft de neiging om obscene woorden te zeggen gezien als een stuiptrekking van de infantiele exhibitionistische en voyeursneigingen.

De mogelijkheid bestaat nu mijns inziens dat het physiologische broddelen mede door deze momenten zal worden veroorzaakt. Het kind blijkt in deze fase vaak moeite te hebben om de juiste woorden te vinden en het moet regelmatig een aarzeling overwinnen om te spreken. Uit deze symptomen blijkt een zekere ambivalentie ten opzichte van het spreken. Deze ambivalentie kan mogelijk worden verklaard als een verzet tegen het uiten van de obscene woorden. Het kind probeert deze neiging onder controle te krijgen en probeert op deze wijze de laatste manifestaties van zijn infantiele sexualiteit te onderdrukken.

De physiologische broddelperiode wordt volgens deze gezichtspunten veroorzaakt door een sexualisatie van het spreken in het tijdperk voorafgaande aan de latentieperiode. Het is een verzet tegen het zeggen van de obscene woorden, waarin de exhibitionistische en voyeursneigingen tot uiting komen. Tevens probeert het kind op deze wijze de sexuele agressiviteit ten opzichte van zijn moeder, zoals die zich in het exhibitionisme manifesteert, onder controle te krijgen. De graad en langdurigheid van het broddelen is bij de diverse kinderen verschillend en zal mede bepaald worden door de hevigheid van de problematiek, die zich hierin manifesteert. Kinderen met sterk exhibitionistische neigingen en een grote agressiviteit ten opzichte van de moeder zullen meer moeite hebben om deze fase te overwinnen.

Niet alleen de problematiek van het kind zal een rol spelen, maar ook die van de moeder is belangrijk. Het is namelijk opvallend dat de meeste moeders de physiologische broddelperiode van haar kind niet opmerken. Zo is mij een geval bekend van een vierjarig kind, dat vrij ernstig broddelde. Een logopedist, die als vriend des huizes dit toevallig tijdens een bezoek opmerkte, meende er goed aan te doen de moeder te waarschuwen. Hij vond het broddelen zo duidelijk dat hij het vanzelfsprekend vond, dat de moeder dit ook had opgemerkt en hij was bang voor de ellende die zou kunnen volgen, wanneer de moeder het kind zou gaan verbeteren. Deze had echter totaal niet opgemerkt dat haar kind moeilijkheden met het spreken had en was hoogst verbaasd toen zij hierop attent werd gemaakt. Bij andere gevallen ziet men echter dat de moeder al in paniek raakt wanneer haar kind slechts licht broddelt. Zij begint dan direct met allerlei oefeningen of spraaklessen.

De instelling van de moeder ten opzichte van de physiologische

broddelperiode van haar kind kan dus zeer verschillend zijn. Hiervoor zal mijns inziens van betekenis zijn in hoeverre de moeder het broddelen van haar kind als een sexuele agressiviteit zal ondergaan en hoe zij op deze agressiviteit zal reageren. Hiervoor is belangrijk hoe de moeder in het algemeen reageert op de agressiviteit van haar kind. Daarnaast zal echter het gevaar, dat bepaalde herinneringen door deze sexuele agressiviteit bewust kunnen worden, eveneens een rol spelen. Deze herinneringsbeelden kunnen, evenals de voorstellingsbeelden die door het luisteren naar obscene woorden worden opgeroepen, schuldgevoelens bij de moeder veroorzaken. De sterkte en de inhoud van deze schuldgevoelens zullen mede hun invloed hebben op de houding van de moeder ten opzichte van het physiologische broddelen van haar kind.

Wanneer ik het bovenstaande kort samenvat, blijkt het feit of de moeder het physiologisch broddelen van haar kind al dan niet opmerkt, bepaald te worden door de mate waarin het symptoom optreedt en de gevoeligheid van de moeder hiervoor. De sterkte van het symptoom is afhankelijk van de problematiek van het kind, van zijn aanvechting om obscene woorden te zeggen, zijn exhibitionistische neigingen en zijn sexuele agressiviteit tegen de moeder. De instelling van de moeder ten opzichte van het physiologische broddelen is afhankelijk van haar gevoeligheid voor de agressiviteit in het algemeen en van de ernst van het gevaar dat bepaalde problemen door de sexuele agressiviteit van haar kind bewust dreigen te worden. In hoeverre de problematiek van moeder en kind elkaar in deze beïnvloeden zal nader worden uitgewerkt in hoofdstuk V.

1. E. A. D. E. Carp : Medische Psychologie en Pathopsychologie. Scheltema & Holkema, Amsterdam, 1951, blz. 65-66 en 203.
2. Karl Bühler : Abrisz der geistigen Entwicklung des Kindes. Verlag Chuelle & Meyer, Leipzig, 6e Auflage, 1935, blz. 51-59.
3. Charlotte Bühler : Kindheit und Jugend. Verlag von S. Hirzel, Leipzig, 1931, blz. 88 en vlg.
4. Karl Bühler : Die geistige Entwicklung des Kindes. Verlag Gustav Fischer, Jena, zweite Auflage, 1921, blz. 202-225.
5. C. und W. Stern : Die Kindersprache. Verlag Johann Ambrosius Barth, 1922, blz. 121 en vlg. en blz. 173.

6. F. Kainz : Psychologie der Sprache. Ferd. Enke Verlag, Stuttgart, 1941-1956; Deel II, blz. 77 en 29.

7. E. Froeschels : The significance of symptomatology for the understanding of the essence of stuttering. Folia Phoniatrica, vol. 4, 1952, blz. 217-231.

8. D. Weiss : in „Stuttering, significant theories and therapies", by E. F. Hahn, 1947, Stanford University Press, blz. 146-150.

9. Wendell Johnson : An open letter to the Mother of a stuttering child. Conner Publications Inc., Harrison, N.Y., 1941.

10. A. Goeman : Het probleem van het stotteren. N.V. Haga, Den Haag, 1948, blz. 109.

11. Ed. Pichon, S. Borel-Maisonny : Le bégaiement, sa nature et son traitement. Masson et Cie, Paris, 1937, blz. 4.

12. F. Grewel : Classification of the disorders of language, speaking and voice. Proceedings, vol. XLIV, no. 10, 1941.

13. S. Ferenczi : Entwicklungsstufen der Wirklichkeitssinnes. 1913. Bausteine zur Psychoanalyse. I Band, blz. 62. Int. Psycho-Anal. Verlag Leipzig, 1927.

14. S. Ferenczi : Ueber obszöne Worte. Beitrag zur Psychologie der Latenzzeit. Bausteine zur Psychoanalyse. I. Band, Int. Psycho-Anal. Verlag Leipzig, 1927, blz. 170.

15. E. Bergler : Obscene Words. Psychoanalytic Quarterly 1936, blz. 227.

Hoofdstuk IV

RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

Voor dit hoofdstuk heb ik gebruik gemaakt van het volgende schema:

Inleiding (blz. 40).
Opzet van het onderzoek (blz. 41).
Uitkomsten van het onderzoek (blz. 45).
Slotbeschouwing (blz. 68).
Appendix (blz. 71).

De rubriek „Uitkomsten van het onderzoek" heb ik onderverdeeld in:

I. Gegevens uit de anamnese van de moeder over haar kind (blz. 45).
   A. Algemene gegevens (blz. 45).
   B. Ontwikkelingsgeschiedenis (blz. 46).
   C. Ontwikkeling van het spreken en de taal (blz. 52).
   D. Familie-anamnese (blz. 53).
   E. Samenvatting (blz. 53).
II. Gegevens uit de anamnese van de moeder over zichzelf (blz. 57).
   A. Belevingsgeschiedenis (blz. 57).
   B. Indruk van de structuur van de moeders (blz. 60).
   C. Familie-anamnese (blz. 62).
   D. Samenvatting (blz. 63).
III. Gegevens uit het onderzoek van de kinderen (blz. 65).
IV. Gegevens uit het verslag van de behandelende logopedist(e) (blz. 67).

INLEIDING

In de voorafgaande hoofdstukken is het element van de contact- en communicatiestoornis in het stotteren steeds naar voren gekomen. Meerdere onderzoekers hebben hierop hun aandacht gericht

Vooral de verhouding tussen de stotteraar en zijn moeder is hierbij in het centrum van de belangstelling komen te staan. Het is opvallend dat de diverse publicaties, uit welke uiteenlopende gezichtspunten zij het probleem ook benaderen, bijna alle eenzelfde waarschuwing laten horen.

Johnson [1] bijvoorbeeld geeft de moeder van het stotterende kind een aantal adviezen. Hij zegt: „Luister eens rustig naar Uw kind en interrumpeer het niet. Laat voelen dat U het lief heeft. Zeg nooit: „dat kun je niet". Eén van zijn meest welsprekende raadgevingen is: „Wees zo vriendelijk en verdraagzaam tegen Uw kind als U tegen een gast zou zijn". Barbara [2] spreekt in dezelfde stijl tegen de ouders en met hem nog vele anderen [3], [4], [5].

Wanneer het zo noodzakelijk blijkt te zijn op dit punt de aandacht te vestigen, lijkt het waarschijnlijk dat de instelling van de opvoeders tegenover het kind, reeds voor het ging stotteren, niet juist was. De opvattingen van Fenichel [6] wijzen ook in deze richting. Hij heeft het stotteren immers beschouwd als een neurose, waarvan de wortels in de praegenitale periode liggen. In deze jaren hebben de opvoeders, vooral de moederfiguur, een overheersende invloed op de ontwikkeling van het kind.

In het vorige hoofdstuk is het belang gebleken van een goede relatie tussen ouders en kind voor een harmonische taalontwikkeling. Ter verklaring van de physiologische broddelperiode heb ik een hypothese opgeworpen, waarin de moeder-kind relatie een belangrijke rol speelt. Bij al deze overwegingen komt de vraag naar voren in hoeverre stoornissen in deze relatie verantwoordelijk kunnen zijn voor het ontstaan van het ontwikkelingsstotteren. Ik heb daarom bij twintig ontwikkelingsstotteraars een onderzoek gedaan naar de verhouding tussen moeder en kind. De vraagstelling voor dit onderzoek heb ik als volgt geformuleerd: „Zijn er bij de ontwikkelingsstotteraar stoornissen in de vroeg kinderlijke ontwikkeling met betrekking tot de moeder geweest? Zo ja, bestaat er een verband tussen deze stoornissen en het later ontstaan van het stotteren en hoe ligt dit verband?"

OPZET VAN HET ONDERZOEK

Het zou niet juist zijn om dit onderzoek te doen bij patiënten van een psychiatrische kinderpolikliniek, omdat hier al een selectie heeft

plaatsgevonden. De meeste ouders gaan immers met hun stotterend kind niet in eerste instantie naar een psychiater, maar naar een logopedist. Indien een kind naar de psychiater wordt verwezen, valt het te verwachten dat naast het stotteren andere moeilijkheden bestaan. Een onderzoek, dat bij dergelijke kinderen zou worden verricht, loopt het risico meer stoornissen in de moeder-kind relatie te vinden dan in het algemeen bij ontwikkelingsstotteraars voorkomen.

Op één van de poliklinieken van de Vereniging voor Logopaedie en Phoniatrie heb ik de gelegenheid gekregen dit onderzoek te verrichten. Op deze polikliniek worden patiënten met allerlei vormen van spraak-, spreek- en taalstoornissen behandeld. Eénmaal per week is er een bijeenkomst waar stotteraars, die zich voor behandeling hebben gemeld, onderzocht en besproken worden. Elke stotteraar die op deze polikliniek in therapie is, is op deze bijeenkomst gedemonstreerd. In de periode waarin dit onderzoek plaats heeft gevonden, ben ik bij deze demonstratie aanwezig geweest. De diagnose „ontwikkelingsstotteraar" is bij de patiënten van dit onderzoek gesteld door de logopedist J. van Luypen, die aan deze polikliniek is verbonden als docent voor de diagnostiek en de therapie van het stotteren, en door mij. Iedere ontwikkelingsstotteraar, die zich gedurende een periode van achttien maanden bij deze polikliniek heeft gemeld, is in dit onderzoek opgenomen met uitzondering van drie patiënten. De gegevens van deze patiënten zullen aan het slot van dit hoofdstuk worden medegedeeld.

De bereidheid van de moeder om aan dit onderzoek mee te werken was in het algemeen groot. In een kort gesprek werd eerst de wisselwerking tussen psychische spanningen en stotteren met haar besproken. De meeste moeders hadden dit zelf reeds bij hun kind opgemerkt. Wanneer ik hen vervolgens vroeg zo uitgebreid mogelijk over de vroege jeugd van het stotterend kind te vertellen om het zo goed mogelijk te leren kennen en begrijpen, gaf dit bijna nooit moeilijkheden. In het contact dat op deze wijze werd gelegd, bleek het ook mogelijk een uitgebreide anamnese van de moeder zelf op te nemen. In het begin riep dit soms enige weerstand op. Het was ook begrijpelijk dat de moeder, die voor haar stotterend kind bij ons kwam, even moest wennen aan bijvoorbeeld vragen over haar intieme huwelijksleven.

Bij elke patiënt werd van de moeder een uitgebreide anamnese

over haar kind opgenomen. Daarna volgde een anamnese van de moeder over zichzelf; vervolgens werd de patiënt onderzocht. Het dossier werd gecompleteerd met de observaties van de logopedist(e), die de patiënt onder behandeling had. Aangezien ik niet wist in welke periode van de ontwikkeling van het kind de eventuele stoornissen in de moeder-kind relatie verwacht zouden kunnen worden, was het noodzakelijk de anamnese zo uitgebreid mogelijk op te nemen. Er werd gepoogd om elke moeder zo veel mogelijk dezelfde vragen te stellen. Ik heb voor dit onderzoek van het volgende schema gebruik gemaakt.

I. Anamnese van de moeder over het kind.

A. Algemene gegevens.

Naam, leeftijd, godsdienst, huisarts, verwijzende instantie, beroep of beroep van de vader, gezinssamenstelling.

B. Ontwikkelingsgeschiedenis.

Graviditeit. Was deze gewenst? Is de moeder misselijk geweest? Hoe was de beweeglijkheid van het kind?
Partus. Was deze à terme? Was het een kunstverlossing? Ademde het kind meteen goed? Was het geslacht van het kind overeenkomstig de wens van de ouders?
Voeding. Heeft het kind borstvoeding gehad? Zijn hier stoornissen in geweest? Heeft het kind veel gespuwd? Hoe verliep het spenen?
Zitten, staan en lopen. Op welke leeftijd begon het kind hiermee?
Zindelijkheidsdressuur. Hoe oud was het kind toen men hiermee begon? Hoe waren zijn reacties hierop? Wanneer was het zindelijk voor ontlasting en wanneer voor urine? Heeft het een oppositieneiging vertoond?
Ziekten. Welke ziekten heeft het kind doorgemaakt? Was een ziekenhuisopname noodzakelijk?
Letsels. Heeft het kind ongelukken gehad?
Operaties. Is het kind geopereerd?
Gewoonten. Heeft het kind last gehad van: duimzuigen, neuspeuteren, jokken, nagelbijten, jactatio capitis, steelzucht, schoolziekte, spijbelen, snoepen, tics, pavor nocturnus?
School. Op welke leeftijd ging het kind naar de kleuterschool en de lagere school? Hoe was de aanpassing?

Gezinsverhoudingen. Hoe was de verhouding met de moeder, vader, broers en zusters?
Sociale aanpassing. Hoe was de verhouding met vrienden, dieren en vreemden? Was het kind lid van een vereniging?
Gedrag. Huilde het kind veel? Was het vernielzuchtig en hoe groot was de agressiviteit?
Liefhebberijen. Wat waren zijn liefhebberijen en idealen?
Sexuele ontwikkeling. Had het kind sexuele voorlichting gekregen? Was er masturbatie opgemerkt? Was het praeputium opgerekt? Tot welke leeftijd sliep het kind op de ouderlijke slaapkamer?
Handigheid. Was het kind links- of rechtshandig?

C. Ontwikkeling van het spreken en de taal.

Hoe oud was het kind toen het begon te spreken?
Was er voor die tijd al iets bijzonders opgemerkt?
Op welke leeftijd merkte U iets afwijkends op?
Wanneer begon het kind te stotteren?
Welke maatregelen hebt U toen getroffen?
Komt het stotteren in de familie voor?

II. Anamnese van de moeder over zichzelf.

A. Belevingsgeschiedenis.

Naam vader, geboortedatum, beroep, eventueel datum overlijden met doodsoorzaak.
Beschrijving van de vader, hoe was de verstandhouding met hem?
Idem voor de moeder.
Hoe was de stemming thuis en de verstandhouding met broers en zusters?
Speciale gebeurtenissen uit de vroege jeugd.
Schoolopleiding. Kinderlijke idealen met realisering hiervan.
Sociale aanpassing.
Huwelijk en sexualiteit. Echtgenoot, gezinsleven.

B. Structuuranamnese.

Temperament: grondstemming, vermogen tot ageren en reageren.
Driftleven: oraal- (snoepzucht, duimzuigen, nagelbijten, roken, nieuwsgierigheid enz.), anaal- (gierigheid, bewaarzucht, verzamel-

zucht, defaecatieritueel, koppigheid, twijfelzucht, weetgierigheid enz.) en urethraal-phallisch- (neuspeuteren, enuresis, eerzucht, schaamtegevoelens enz.) gefundeerde eigenschappen.
Intelligentie: indruk van intelligentiequotiënt, gevoels- en wilsbegaafdheid.
Karakter: kenmerken van een bepaalde karaktertypologie.
Manifest neurotische verschijnselen.

C. Familie-anamnese.

III. Onderzoek van de patiënt.

Verstandhouding met de vader en moeder, broers en zusters.
Stotteren. Gevoelens hierover, eventuele conflicten.
Sociale contacten.
Belangstelling en idealen.
School.
Sexualiteit. Informeren naar sexuele voorlichting. Met wie wil je later trouwen?
Slapen. Moeilijkheden met inslapen? Dromen?
Eten.
Indruk van de structuur.

IV. Verslag van de behandelende logopedist(e).

UITKOMSTEN VAN HET ONDERZOEK

I. Gegevens uit de anamnese van de moeder over haar kind.

A. Algemene gegevens.

Geslacht. Het aantal jongens (15) bleek aanzienlijk hoger te liggen dan het aantal meisjes (5).
Leeftijd. De leeftijd van de patiënt, genoteerd op het moment dat hij in onderzoek werd genomen, variëerde van 6 tot 24 jaar.
Verwijzende instanties. Op eigen initiatief kwamen vijf patiënten, vier werden door de schoolarts verwezen. De zenuwarts verwees er eveneens vier en drie kwamen op advies van hun leraar of lerares. Een huisarts, keel-neus-oorarts, arts van een koloniehuis en een arts van een consultatiebureau voor kleuters stuurden elk één patiënt.
Beroep vader. De patiënten kwamen uit sterk uiteenlopende milieus.

Het beroep van de vader variëerde van een verantwoordelijke, leidinggevende functie met academische vorming tot ongeschoold arbeider.

Gezinsconstellatie. De patiënten kwamen uit gezinnen van één tot zes kinderen en namen alle plaatsen op de ranglijst in, van de oudste tot de jongste toe. In twee gezinnen bleek een broer van patiënt ook te stotteren (geval 2 en 9).

In de volgende tabel wordt een overzicht gegeven van het geslacht van de patiënt, zijn leeftijd en zijn plaats in het gezin.

Patiënt No.	Geslacht	Leeftijd	Gezinsconstellatie en plaats in het gezin
1	m(eisje)	24	j.m.**m.**
2	j(ongen)	9	j.**j.**
3	m.	10	m.**m.**j.m.j.
4	j.	11	j.**j.**m.
5	j.	9	**j.**
6	j.	12	j.j.m.m.**j.**
7	j.	11	**j.**j.j.j.m.j.
8	j.	6	**j.**
9	j.	10	**j.**m.j.m.
10	j.	9	m.**j.**j.
11	m.	7	**m.**
12	j.	13	j.**j.**m.
13	j.	17	**j.**m.m.
14	m.	9	m.**m.**m.
15	m.	7	j.m.**m.**
16	j.	21	**j.**m.
17	j.	9	j.j.**j.**
18	j.	9	**j.**
19	j.	17	**j.**j.m.m.m.
20	j.	12	m.**j.**m.j.

B. Ontwikkelingsgeschiedenis.

Graviditeit. Op de vraag of deze gewenst was geweest, antwoordden vijf moeders pertinent neen, terwijl drie nog graag enig uitstel hadden gehad. De graviditeit was in het algemeen zonder moeilijkheden verlopen. Acht vrouwen hadden nergens last van gehad, vijf waren de eerste drie maanden in lichte en zes in ernstige mate misselijk geweest. Slechts één moeder had zich de gehele graviditeit ziek gevoeld.

De partus vond in 15 gevallen à terme plaats en vier maal binnen een periode van 4 weken voor of na de uitgerekende datum. Eén graviditeit werd met 7½ maand per sectio caesarea beëindigd, omdat de psychische toestand van de a.s. moeder dit noodzakelijk maakte. Deze vrouw had drie maal in de achtste maand een levenloos kind gekregen; de oorzaak hiervan was niet bekend. In de vierde graviditeit kon zij de spanning niet langer verdragen en werd de graviditeit praematuur beëindigd. In totaal werden drie kinderen per sectio caesarea geboren. Van de overige 17 was de partus bij 15 vlot verlopen en zou in 2 gevallen zwaar zijn geweest. Twaalf moeders waren thuis bevallen en acht in de kliniek. De babies bezorgden hun ouders in zeven gevallen een teleurstelling doordat ze van een ander geslacht waren dan de ouders hadden gehoopt; vijf jongens hadden meisjes moeten zijn en twee meisjes jongens.
De voeding. Deze bleek vaak moeilijkheden te hebben gegeven. Meerdere moeders herinnerden zich dit pas wanneer er naar geïnformeerd werd. Waarschijnlijk zijn er meer stoornissen in de voeding geweest dan achteraf werden achterhaald.

In negen gevallen duurde de borstvoeding 6 weken of korter; twee maal was een mastitis hiervan de oorzaak. In het totaal hadden vijf moeders een mastitis doorgemaakt. In drie gevallen echter bleef de moeder haar kind ten koste van veel pijn en moeite zelf voeden. Eén van deze drie zuigelingen hield tot het einde van de borstvoeding (6 maanden) een voorkeur voor de gezonde borst, hoewel de mastitis na drie weken was genezen.

Ernstig braken in de zuigelingenperiode hebben acht patiëntjes gedaan. Van allen valt iets bijzonders te vermelden. In het eerste geval was het voeden altijd moeilijk geweest; het kind wilde niet drinken en de moeder probeerde dit te forceren door de tepel in de mond te drukken. Toen hij drie maanden oud was, begon deze jongen te braken. Op het moment van het onderzoek deed hij dit nog als hij zijn zin niet kreeg; hij was toen 9 jaar oud. Het tweede kind schreeuwde in zijn eerste levensjaar geweldig. Als bijzonderheid werd hier vermeld dat hij gedurende de eerste achttien maanden nooit heeft gekauwd of gebeten, maar alleen gezogen. De derde patiënt bracht zijn moeder tot wanhoop door zijn gekrijs. Hij wilde de borst niet nemen en braakte direct alles weer uit. De moeder probeerde de voeding te forceren door de tepel in de mond te druk-

ken. Zij deed dit met zo'n geweld dat eens een mondhoek inscheurde. Later werd op advies van het consultatiebureau de voeding beter geregeld, maar het kind bleef de moeder irriteren. Zij hoopte iedere keer dat het consultatiebureau haar kind zou laten opnemen in een ziekenhuis. In het vierde geval was het kind met vijf weken door braken en huilen zo van streek, dat het tien weken in een ziekenhuis moest worden opgenomen. Tot zes maanden bleef het braken. De vijfde patiënt werd steeds door andere mensen gevoed. De moeder was ongehuwd en woonde in een tehuis. Zij moest overdag werken en kon haar kind alleen 's morgens en 's avonds voeden. De overige maaltijden werden door steeds wisselend personeel gegeven. Het zesde geval was een meisje met een pylorusspasmus. Zij werd toen zij zeven weken oud was voor een conservatieve behandeling in een ziekenhuis opgenomen. Haar geboortgewicht was 3200 gram en met 3 maanden woog zij nog slechts 3000 gram. Toen zij één jaar werd, lag zij nog in de wieg. Het zevende patiëntje begon te braken toen hij met vijf maanden werd gespeend. Het voeden was steeds moeilijk geweest en de huisarts moest regelmatig komen om aanwijzingen te geven. Ook in het laatste geval ging het kind braken tijdens het spenen; het was toen bijna één jaar oud. Deze jongen was, een half jaar oud, veertien dagen opgenomen in een ziekenhuis voor een praeputiumoperatie. Men vond hem daar te dik en zo werd hij tegelijkertijd aan een vermageringskuur onderworpen. Bovendien werd uit tijdsbesparing de fles bij het kind in de wieg gelegd. De moeder vond dit een goed idee en nam deze methode bij zijn thuiskomst over.

Spenen. Deze laatste twee patiëntjes waren de enige van de hele serie, die bij het ontwennen van fles of borst hebben geprotesteerd. Alle anderen werden zonder uiterlijke moeilijkheden gespeend.

Zitten, staan en lopen. Het bleek dat de meeste kinderen zonder moeilijkheden waren gaan zitten, staan en lopen. Slechts twee kinderen waren hiermee laat. Dit waren het meisje met de pylorusspasmus en een jongen, wiens moeder altijd bang was geweest dat haar kinderen krom zouden groeien. Zij liet hen daarom lang plat liggen om de rug niet te vroeg te belasten. Een ander patiëntje was wel op tijd gaan lopen, maar moest tot haar tweede jaar in de box blijven. Een jonger broertje met een aangeboren neurologische afwijking eiste hier alle aandacht van de moeder op.

Zindelijkheidsdressuur. Op de leeftijd van 4 jaar leden vier kinderen

aan enuresis nocturna. Bij één kind stopte dit bij 7 jaar en bij een ander op 8-jarige leeftijd; de overige twee waren ten tijde van het onderzoek 's nachts nog niet droog. Zij waren op dat moment 10 en 11 jaar oud. Voor de ontlasting waren vijftien kinderen met 1½ jaar en alle twintig met 2 jaar zindelijk. Deze dressuur was in 19 van de 20 gevallen bijzonder gemakkelijk verlopen. Ik heb gericht naar eventuele moeilijkheden gevraagd, bijvoorbeeld: „niet op de po willen zitten, tijdenlang op de po zitten niets doen en na afloop binnen vijf minuten een vuile luier maken, met faeces smeren of de po omgooien". De moeders begrepen goed wat ik hiermee bedoelde, want vaak kenden zij deze reacties van één van de andere kinderen uit het gezin. Slechts één patiënt had éénmaal met faeces gesmeerd; hij was met 18 maanden volledig zindelijk.

Behalve dit snel en gemakkelijk zindelijk worden van de stotterende kinderen viel het wegblijven van een protesthouding op. Een oppositiehouding of een „neen" fase, een periode waarin het kind steeds tegen de draad in was en op alles neen zei, was bij achttien kinderen nooit opgemerkt.

Ziekten, letsels en operaties. De meeste kinderen hadden de gewone kinderziekten doorgemaakt. Vier kinderen werden in hun eerste levensjaar in een ziekenhuis opgenomen. Het eerste was een jongetje dat op het moment van opname 5 weken oud was. Hij werd voor een huidontsteking tien dagen opgenomen. Het tweede kind was even oud, maar bleef tien weken in het ziekenhuis wegens ingewandstoornissen. Het derde was een jongetje dat geopereerd werd voor een phimosis toen hij 6 maanden oud was; hij werd veertien dagen opgenomen. Het laatste geval is het meisje met de pylorusspasmus, dat van de zevende week tot de derde maand in het ziekenhuis was.

Op oudere leeftijd moesten nog vier kinderen worden opgenomen voor respectievelijk een malaria-aanval, diphterie, enuresis-analyse, strabismusoperatie en twee voor een commotio. Twee kinderen hadden een ernstig en twee een licht trauma capitis gehad. Twaalf kinderen hadden een tonsillectomie ondergaan, waarvan negen vóór zij met het stotteren begonnen.

Gewoonten. Drie van de in het anamnese-schema genoemde gewoonten werden bij drie of meer patiënten gevonden. Excessief duimzuigen deden vier kinderen, drie hadden last van ernstige snoepzucht en vier beten nagels.

School. Alle kinderen waren op de kleuterschool geweest. De aanpassing hieraan was voor dertien kinderen redelijk verlopen. Vijf waren niet gewend geraakt, twee hadden zich echter na enige tijd in hun lot geschikt. De leerresultaten op lagere en middelbare school waren normaal. Geen van de kinderen leek debiel; één jongen was meer dan normaal intelligent.

Gezinsverhoudingen. Het was moeilijk een goede indruk van het gezinsleven te krijgen. Soms leek het familieleven harmonisch, maar in andere gevallen scheen het duidelijk neurotisch.

De verhouding van de patiëntjes tot hun moeder werd elf maal grillig genoemd. Soms werd de moeder geslagen of gebeten, maar op een ander moment werd zij weer omhelsd. De moeder wist vaak niet wat zij van haar eigen kind moest denken.

Het is echter de vraag in hoeverre deze gegevens betrouwbaar zijn of meer moeten worden beschouwd als een projectie van de ambivalente gevoelens van de moeder zelf. Het viel mij op hoe onzeker en ambivalent deze vrouwen vaak tegenover hun kind stonden. Het was moeilijk dit in bepaalde rubrieken onder te brengen. Het waren enkele opmerkingen in het gesprek, zoals „Ik heb hem altijd meer geslagen dan de anderen" of „Hij ligt mij niet" of „Ik hoopte dat zij hem op het consultatiebureau zouden houden". Eén vrouw kreeg pas behoefte aan kinderen toen haar moeder was overleden. Een tweede was in de graviditeit zonder haar echtgenoot en werd in deze periode gesteund door een vroegere verloofde. De identiteit van de vader stond hier niet duidelijk vast. Een derde moeder vertelde dat zij jaloers was op haar vriendinnen die nog vrij waren en konden studeren, terwijl zij gebonden was door haar kind.

Dergelijke opmerkingen, die van een zeker negatieve instelling getuigden, vond ik herhaaldelijk. Het opvallende was echter dat naast deze afwerende houding ook steeds momenten naar voren kwamen, waarbij de moeder pronkte met haar kind. Vijftien moeders vertelden dat de patiënt zo'n „schattige baby en kleuter" was geweest. In vijf gevallen zou het kind positief tegenover de moeder hebben gestaan en zou er geen sprake zijn geweest van negatieve gevoelens. Van de resterende vier kinderen wist de moeder niets te vertellen over de gevoelens, die het kind ten opzichte van haar koesterde.

De verhouding van de patiëntjes tot hun vader werd slechts door

één moeder goed genoemd. In de overige gevallen stond de vader onverschillig tegenover zijn kind of ging hij hiermee om als met een broer of een vriend. In de verhouding van de patiëntjes tot hun broers en zusters kwamen geen bijzonderheden naar voren.

De moeder gaf zichzelf in het familieleven steeds de centrale plaats, de vader kwam op het tweede plan. Het was opvallend dat de moeder alleen over de verhouding tussen haarzelf en de patiënt uitgebreide inlichtingen kon geven.

Tot slot wil ik vermelden dat acht kinderen in de eerste achttien maanden van hun bestaan hun moeder enige tijd hebben moeten missen. Een ziekenhuisopname was hiervan vijfmaal de oorzaak. In vier gevallen betrof dit het kind en in één geval de moeder. De laatste werd veertien dagen na de partus voor drie weken opgenomen, terwijl haar kind thuis moest blijven.

Er bleken echter ook andere oorzaken voor een scheiding tussen moeder en kind te zijn geweest. Eén van de moeders liet haar zoon drie weken aan een volkomen vreemde kinderverzorgster over. In een ander geval liet de moeder zich door de grootmoeder opzij schuiven. Deze suggereerde de moeder dat zij te zwak was om voor het kind te zorgen. De moeder accepteerde dit vlot en liet de verzorging van haar kind aan de grootmoeder over. In het laatste geval werd een jongen van zestien maanden voor drie maanden naar zijn grootouders gestuurd. Zijn moeder was gravida en moest het wat rustiger aan doen. Het kind reageerde op deze overplaatsing met huilen en schreeuwen. Toen hij zich na drie maanden juist enigszins bij zijn grootouders begon thuis te voelen, moest hij weer terug. Dit gaf dezelfde reacties en aanpassingsmoeilijkheden. Bovendien moest hij toen het feit verwerken dat hij een zusje had gekregen, dat zijn plaats van jongste in het gezin had ingenomen.

Sociale aanpassing. De omgang met vriendjes en vriendinnetjes was in het algemeen moeilijk. Het gebrek aan vrienden was voor de ouders vaak een reden geweest om het kind lid van een vereniging te maken. De padvinderij en de gymnastiekclub waren hiervoor favoriet. Dertien kinderen waren echter niet tot enige vorm van deelname aan het verenigingsleven te bewegen.

Gedrag. De meeste stotteraars onderscheidden zich van hun broers en zusters door hun agressiviteit. Vijftien moeders vertelden dat van al haar kinderen de stotteraar het sterkst geladen was met agressivi-

teit. Andere duidelijke verschillen tussen het gedrag van de stotteraar en dat van de overige kinderen waren de moeders niet opgevallen.

Liefhebberijen. In drie gevallen was koken favoriet en in twee de postzegelverzameling. De belangstelling van de overige kinderen liep uiteen van zeilen tot poppenkastspelen. Ook de beroepskeuze variëerde sterk. Slechts één beroep trok meerdere kinderen, drie meisjes wilden verpleegster worden. De anderen hadden ieder een verschillend ideaal.

Sexuele ontwikkeling. Tien kinderen kregen van hun ouders geen enkele vorm van sexuele voorlichting. In de andere gevallen werden de kinderen gedeeltelijk of volledig ingelicht. Deze voorlichting werd soms geleidelijk en soms in eens gegeven.

In geen enkel geval zou het kind gemasturbeerd hebben. Bij acht van de vijftien jongens werd het praeputium opgerekt. Vijftien patiëntjes hadden de eerste acht maanden op de ouderlijke slaapkamer geslapen. Bij twaalf van hen duurde dit voort tot hun derde jaar of nog langer.

Handigheid. Van de twintig onderzochte stotteraars waren volgens de moeders elf rechts- en zes linkshandig, terwijl drie geen voorkeur hadden voor een bepaalde hand.

C. Ontwikkeling van het spreken en de taal.

Deze ontwikkeling was in het begin meestal normaal verlopen. Op de leeftijd van twaalf tot achttien maanden werden de eerste woordjes gesproken en de meeste kinderen spraken met twee jaar. Slechts twee patiëntjes zouden laat zijn geweest, maar de moeders wisten geen tijdstip te noemen. Twee andere kinderen hadden steeds onduidelijk gesproken en waren alleen voor de moeder verstaanbaar geweest. De overige 16 kinderen kregen pas moeilijkheden op de leeftijd van $3\frac{1}{2}$ tot $4\frac{1}{2}$ jaar. Uiteraard was bij alle patiënten in deze leeftijdsfase het stotteren begonnen, aangezien zij volgens mijn omschrijving van het ontwikkelingsstotteren hierop geselecteerd waren. De ouders probeerden eerst zelf deze moeilijkheden te overwinnen. Het kind moest rustiger spreken, het werd verbeterd en vaak ontstond een geprikkelde stemming. Meestal zag men het eerst een geruime tijd aan en zocht hulp wanneer het kind zes of zeven jaar was. Slechts één meisje was al op vierjarige leeftijd elders behandeld.

D. Familie-anamnese.

Deze zal tezamen met de familie-anamnese van de moeder worden besproken.

E. Samenvatting van de gegevens uit de anamnese van de moeder over haar kind.

Geslacht van de patiënt. In deze serie van 20 ontwikkelingsstotteraars bleek het aantal jongens (15) aanzienlijk hoger te zijn dan het aantal meisjes(5).

In de literatuur wordt dit ook algemeen opgegeven. Nadoleczny [7] vond 77% stotterende jongens tegen 23% stotterende meisjes. Bij patiënten boven de 15 jaar was deze verhouding 69 : 31. Gutzmann zag bij kinderen een verhouding van 3 : 1 en bij volwassenen van 9 : 1.

Al verschillen in de diverse publicaties de getallen, iedereen vermeldt dat er meer jongens zijn die stotteren dan meisjes.

Voeding. Gedurende het eerste levensjaar werden herhaaldelijk stoornissen in het voeden gevonden. Negen kinderen kregen geen borstvoeding of een borstvoeding, die korter duurde dan zes weken[8]. Op het belang van de borstvoeding is zowel in de oudere als in de moderne psychiatrische literatuur gewezen [9], [10]. De borstvoeding heeft een belangrijke invloed op de moeder-kind relatie en helpt mee het eerste contact op te bouwen.

Vijf moeders hadden een mastitis doorgemaakt, die koorts veroorzaakte en hen tot minstens één week bedrust dwong. Het zogen gedurende een borstontsteking is bijzonder pijnlijk voor de moeder. Zij zal hierdoor ambivalent komen te staan tegenover het voeden van haar kind. Het kind krijgt zijn voeding enigszins met horten en stoten. Men krijgt soms de indruk dat de melk uit de zieke borst het kind niet zo goed smaakt als uit de gezonde borst.

Acht kinderen vertoonden heftige braakreacties. In het braken kan een kind uiting geven aan gevoelens van onlust en afkeer. Het is één van de eerste verdedigingsmechanismen waar een kind de beschikking over krijgt [11].

De stoornissen in het voeden, die bij de patiënten van dit onderzoek naar voren zijn gekomen, kunnen worden verdeeld in twee

categorieën: die, welke frustrerend werken en die, welke het gevolg zijn van frustraties. Tot de eerste behoren de korte of afwezige borstvoeding en de mastitis. Tot de laatste behoort het braken. Deze scheiding kan echter niet scherp worden doorgevoerd.

Een brakend kind kan de moeder tot wanhoop brengen en is op zijn beurt aanleiding tot frustraties bij de moeder. Het voeden gedurende een mastitis is voor moeder en kind frustrerend. Beiden zullen echter door hun reacties elkaar opnieuw kunnen frustreren. De pijn doet de moeder aarzelen om haar kind de borst te geven, terwijl het kind door het moeilijke drinken en de veranderde smaak slecht de borst neemt. De korte of afwezige borstvoeding is een frustratie voor het kind. Voor de moeder kan het dit echter ook zijn. De meeste moeders voelen het als een tekortkoming wanneer zij hun kind niet kunnen voeden.

Frustraties en gevoelens van gefrustreerd zijn vormen zo een kringloop binnen het kader van de moeder-kind relatie. Frustraties geven gevoelens van gefrustreerd zijn. Deze gevoelens veroorzaken reacties, die weer frustraties ten gevolge kunnen hebben.

Merkwaardig was dat de kinderen van de vijf moeders, die een mastitis doormaakten, geen braakreacties hadden vertoond. Van de negen kinderen, die geen of een te korte borstvoeding kregen, hadden vier gebraakt. In twee van deze negen gevallen had de moeder een mastitis doorgemaakt. In het totaal werden dus bij zestien gevallen gedurende de zuigelingenfase stoornissen in het voeden gevonden.

Ter vergelijking heb ik bij negentig willekeurige zuigelingen nagegaan hoe vaak hier het braken, de mastitis en de te korte of afwezige borstvoeding werden gezien. Dit controlemateriaal werd gevormd door alle in 1956 geboren kinderen, die bij het consultatiebureau voor zuigelingen te Oegstgeest waren ingeschreven. Tweeëndertig zuigelingen kregen geen borstvoeding of korter dan zes weken, twee moeders hadden een mastitis doorgemaakt en negen kinderen vertoonden heftige braakreacties. Het braken kwam bij de kinderen van dit onderzoek significant vaker voor ($P < 0.01$), de mastitis eveneens ($P < 0.01$). De te korte of afwezige borstvoeding echter niet ($0.50 < P < 0.70$).* Uit de significantie van het braken, dat de be-

* Voor de statistische berekeningen in dit onderzoek werd gebruik gemaakt van χ^2 toets op de 2×2 tabel.

tekenis van een protestreactie kan hebben, mag voorlopig worden geconcludeerd dat de mogelijkheid van stoornissen in de moeder-kind relatie waarschijnlijk is. Een verklaring voor deze stoornis werd niet duidelijk. Wel werd een significant hoger voorkomen van de mastitis gevonden, maar deze bestond slechts in vijf gevallen. Bovendien braakten de kinderen in die gevallen niet. Een andere — onbekende — factor zal dus medeverantwoordelijk moeten zijn voor de stoornissen in de moeder-kind relatie.

Zindelijkheidsdressuur. Op de leeftijd van vier jaar leden vier kinderen aan enuresis nocturna. Bij de controleserie van een onderzoek naar de betekenis van de diagnose neuropathie — een serie van vijftig — waren dit zes kinderen [12]. Tussen deze twee bevindingen bestaat geen significant verschil ($0.50 < P < 0.70$).

Vijftien kinderen waren met 1½ jaar en alle twintig met 2 jaar zindelijk voor de ontlasting. In de bovengenoemde controleserie hadden vijf kinderen op hun vierde jaar of later nog last van encopresis [12]. Helaas was niet bekend hoeveel kinderen van deze serie op hun tweede jaar nog onzindelijk voor de ontlasting waren. Het maakte echter de indruk dat de zindelijkheidsdressuur voor de ontlasting bij de stotteraars opvallend snel en kalm was verlopen.

Achttien kinderen hadden geen protestfase doorgemaakt, een periode waarin zij steeds tegen de draad in waren. Dit treedt in de normale ontwikkeling wel op. Carp [13] schrijft over deze zogenaamde „Trotzalter": „Het willen openbaart zich, evenals het niet willen resp. anders willen; de eigenzinnigheid treedt in meest primitieve vorm in het karakterbeeld der jonge persoonlijkheid te voorschijn". Deze eerste symptomen van een beginnende individualisering manifesteerden zich echter bij de meeste kinderen van dit onderzoek niet.

Het wekte de indruk dat na de woelige zuigelingenperiode met de protestmanifestaties zoals het braken, een rustiger fase was aangebroken. De kinderen gedroegen zich opvallend kalm en zelfs de in de normale ontwikkeling optredende protesthouding bleef uit.

Ziekten, letsels en operaties. Twaalf kinderen hadden een tonsillectomie ondergaan, waarvan negen vóór zij met het stotteren begonnen. Bij acht jongens was het praeputium opgerekt. Het is niet duidelijk in hoeverre aan deze gegevens enige waarde moet worden gehecht. Vier kinderen werden in hun eerste levensjaar in een ziekenhuis opgenomen.

Dank zij de medewerking van vijf ziekenfondsen uit Leiden en omgeving kreeg ik een inzicht in het gemiddeld aantal ziekenhuisopnamen. Van 3475 in 1957 geboren kinderen werden er 261, dit is 7½%, in hun eerste levensjaar in een ziekenhuis opgenomen. Hieronder zijn niet de kinderen gerekend die, omdat de moeder werd opgenomen, mee gingen voor de borstvoeding. Statistisch gezien is het verschil niet significant ($0.05 < P < 0.10$).

Gewoonten. Bij elf kinderen werden duidelijke orale trekken gevonden, zoals duimzuigen, snoepzucht en nagelbijten.

Verhouding van het kind tot de moeder. Het was moeilijk hiervan een indruk te krijgen uit de gegevens, die de moeder verstrekte. Duidelijker kwam uit deze beschrijvingen de instelling van de moeder ten opzichte van het kind naar voren. In elf gevallen leek deze duidelijk ambivalent en in vijf gevallen positief. In vier gevallen wist de moeder weinig over de verstandhouding met haar kind te vertellen.

In de eerste achttien maanden van hun bestaan hebben acht kinderen hun moeder enige tijd moeten missen. Volgens Bowlby [14] zijn kinderen op die leeftijd nog in een fase, waarin zij hun moeder steeds om zich heen moeten hebben. Zij zijn nog niet in staat het beeld van de moeder vast te houden wanneer deze hen enige tijd verlaat. Met haar verdwijnt één van de grondpijlers van hun bestaan. Wanneer een kind zijn moeder toch enige tijd moet missen kan de schade achteraf worden beperkt door het kind de juiste hoeveelheid moederlijke zorg te geven. Het is echter de vraag in hoeverre bij de stotteraars hiervan iets terecht zal zijn gekomen, gezien de ambivalente instelling van de moeder.

Sociale aanpassing. Deze was in het algemeen moeilijk. Dertien kinderen waren, ondanks pressie van hun ouders, niet tot enige vorm van deelname aan het verenigingsleven te bewegen.

Gedrag. Bij vijftien patiëntjes was het de moeder opgevallen dat van haar kinderen de stotteraar het sterkst was geladen met agressiviteit.

Handigheid. Zes kinderen waren linkshandig en drie ambidexter.

Ontwikkeling van het spreken en de taal. Twee kinderen toonden duidelijke stoornissen vóór het stotteren begon. Twee andere kinderen zouden laat geweest zijn met spreken. De overige zestien kregen pas moeilijkheden in de physiologische broddelfase.

II. Gegevens uit de anamnese van de moeder over zichzelf.

A. Belevingsgeschiedenis.

Gegevens over haar ouders.

Het was opvallend dat de vaders veel duidelijker werden getekend dan de moeders. Een kleurloze beschrijving kreeg ik van acht moeders en slechts van twee vaders.

Beroep van de vader. Dit was zeer verschillend. Het variëerde van los werkman tot directeur van een grote familievennootschap.

Verstandhouding met de vader. Tien vrouwen noemden deze slecht, acht goed en twee hadden geen oordeel.

Bij de eerste groep werd de vader negen maal als een driftig man getekend, die de stemming thuis bedierf. Uit incidenten, die ter illustratie hiervan werden verteld, bleek dat dit oordeel zeker een grond van waarheid bevatte. Deze mannen maakten misbruik van alcohol, smeten met borden door de kamer, sloegen hun vrouw en kinderen, enz. Eén van deze vaders werd, toen zijn dochter zeven jaar oud was, voor de rest van zijn leven met vergiftigingswanen in een psychiatrische inrichting opgenomen.

Vier vrouwen voelden zich door de vader verwaarloosd, omdat deze een voorkeur had voor één van zijn andere dochters. Van deze vier vaders behoorden er drie tot de hierboven genoemde categorie „driftige mannen". De vierde werd weduwnaar toen zijn dochter twaalf jaar was. Deze was de oudste en nam de zorg voor het huishouden op zich. Zij werd hieruit echter binnen acht maanden door een stiefmoeder verdrongen. Deze vrouw kreeg ieder jaar een kind en stond erop dat deze oudste dochter bij de bevalling assisteerde. Herhaaldelijk was zij ook bij de coïtus van vader en stiefmoeder aanwezig.

Van de acht vrouwen, die goed met hun vader hadden kunnen opschieten, bleken zeven bij nader onderzoek ook in hem teleurgesteld te zijn. In twee gevallen was vader overleden toen zij in hun puberteit waren (12 en 14 jaar). Eén van deze meisjes zou juist met vader naar een plantage trekken en zijn huishoudster worden, toen zijn overlijden dit verhinderde. Twee dochters waren vaders privésecretaresse. Zij gingen overal mee naar toe en waren onafscheidelijk van hem. In beide gevallen deed de vader serieuze pogingen om het huwelijk van deze dochter uit te stellen. Eén van deze vaders vond

zijn dochter nog te jong vind; hem leek achtendertig een nette leeftijd om te trouwen. De andere vader leek niet zulke duidelijke aantoonbare banden met zijn dochter te hebben. Hij greep bij haar huwelijk echter in op een wijze, die onoorbaar genoemd moet worden.

Eén van de onderzochte vrouwen kon het zeer goed met haar vader vinden. Zij was daardoor een bron van jalouzie voor de moeder. Dit is zo hoog gelopen dat de vader moest kiezen tussen moeder en dochter. Hij koos de moeder en het meisje verliet op zestienjarige leeftijd voor altijd de ouderlijke woning. Een ander had een ziekelijke moeder, van wie zij zich weinig wist te herinneren. Toen zij tien jaar oud was, overleed haar moeder en bleef zij alleen achter met haar vader, die zij sterk vereerde. De vader kon de moeilijkheden niet verwerken en deed een suicidepoging, die mislukte. Enige tijd later hertrouwde hij en de stiefmoeder stuurde het meisje snel naar een kostschool. Dit alles speelde zich binnen zes maanden af. Een volgende wist zich weinig van de verstandhouding met haar vader te herinneren. Zij vertelde echter, dat zijn overlijden — zij was toen zestien jaar — een grote opluchting voor haar was geweest. De laatste van deze acht vrouwen wist geen bijzonderheden over haar vader te vertellen. Deze vrouw was negativistisch ten opzichte van het onderzoek ingesteld. Zij wist zich ook weinig of niets te herinneren over de vroege jeugd van haar kind en over zichzelf.

De twee vrouwen die geen oordeel hadden over hun verhouding met de vader, waren zeemansdochters. Zij zagen hun vader eenmaal in de negen maanden en waren nooit aan een diepergaande verstandhouding met hem toegekomen. De beschrijving, die deze vrouwen van hun vader gaven, was weinig genuanceerd.

Verstandhouding met de moeder. Acht maal bestond er een positieve verstandhouding, steeds in die gevallen waarin moeilijkheden met de vader waren. In vier gevallen was de verhouding met de moeder slecht en vijf vrouwen gaven aan indifferent tegenover hun moeder te hebben gestaan. Drie moeders waren vroeg overleden toen hun dochters respectievelijk 10, 12 en 13 jaar waren.

Het was opvallend dat de moeders uit de beschrijvingen niet duidelijk naar voren kwamen; de vaders werden veel beter getekend. De moeders werden goed, lief, rustig of driftig genoemd, maar gebeurtenissen die dit illustreerden, werden niet verteld.

Elf maal was de moeder de leidende figuur in het gezin geweest

tegenover slechts éénmaal de vader. In acht gevallen was dit niet duidelijk.

De stemming in het ouderlijk huis zou in negen gevallen slecht en in zes goed zijn geweest. In de beschrijving van de verstandhouding met broers en zusters kwamen geen bijzonderheden naar voren.

De schoolopleiding van de onderzochte vrouwen variëerde van een niet beëindigde lagere school tot een behaald eindexamen van een middelbare school.

De sociale aanpassing was in het algemeen een moeilijk punt. Elf vrouwen durfden buiten hun familie geen contacten te leggen. Vijf hadden één vriendin of gingen een enkele maal naar een vereniging. Slechts vier vrouwen vertelden geen moeilijkheden met het sociale contact te hebben.

Huwelijk en sexualiteit. Twee vrouwen waren door hun ouders over de menarche voorgelicht; vier hadden deze kennis elders opgedaan. De eerste menstruatie kwam bij allen tussen hun 12e en 14e jaar, en was voor veertien van hen een volledige verrassing. Zes vrouwen hadden exhibitionistische ervaringen of pogingen tot aanranden meegemaakt.

Op de vraag of zij tevreden waren een vrouw te zijn, antwoordden acht dat zij er de voorkeur aan zouden hebben gegeven een man te zijn. Bij de coïtus bleven achttien vrouwen frigide, twee kwamen tot orgasme. Drie vrouwen waren op het moment van het onderzoek gescheiden, terwijl één van de moeders ongehuwd was.

Tien vrouwen gaven beschrijvingen van hun huwelijk waaruit spanningen bleken. Deze lieten zich moeilijk rubriceren. In vier gevallen bijvoorbeeld waren deze vrouwen door hun ouders het huwelijk ingestuurd, omdat er thuis geen plaats meer voor hen was. Andere vrouwen maakten opmerkingen als „mijn man is nog maar een snotneus", „wij zijn getrouwd, omdat er plotseling een huis was", „de dominee was tegen dit huwelijk en hij had wel gelijk", „ik trouwde met hem, omdat ik zo'n medelijden met hem had", enz. Slechts één huwelijk leek harmonisch, terwijl het in vijf gevallen moeilijk was hiervan een indruk te krijgen.

De echtgenoot werd zeer verschillend beschreven. In zes gevallen hadden de onderzochte vrouwen geen goed woord voor hem over en werd hij bijvoorbeeld gekwalificeerd als een sadistische bruut, een intelligente psychopaath of een lompe boer. Vijf maal werd hij be-

schouwd als het oudste kind van het gezin. In slechts vijf gevallen was de beschrijving gunstig en was hij zijn vrouw tot steun. De resterende drie echtgenoten (één moeder was ongehuwd) werden kleurloos gekarakteriseerd.
De stemming van het gezin werd door vier moeders slecht genoemd. In tien gevallen was het antwoord „gaat wel" of „kon beter en kon slechter", terwijl vier vrouwen het antwoord op deze vraag schuldig bleven. Slechts één vrouw was enthousiast over de huiselijke sfeer. De ongehuwde vrouw had geen gezin.

B. Indruk van de structuur van de moeders.

Voor een structuuranalyse is naast een uitgebreide anamnese en een observatieperiode, een aanvullend psychologisch testonderzoek vaak noodzakelijk. Ik wil daarom hier slechts spreken van een indruk van de structuur en realiseer mij de betrekkelijke waarde en subjectiviteit hiervan.

Het temperament maakte in vier gevallen een min of meer hypomane indruk. Twee vrouwen leken een meer depressief temperament te hebben.

Bij de beoordeling van het driftleven werd gelet op orale, anale of urethraal-phallische kenmerken. Alvorens de resultaten hiervan mede te delen, lijkt een korte beschouwing over deze begrippen gewenst. Een deel van de infantiele driften vindt men bij de volwassen mens terug in gesublimeerde of ongesublimeerde vorm; de rest wordt verdrongen. Ieder mens kan voor de sublimatie van zijn driften een persoonlijke vorm kiezen. De ene mens zal bijvoorbeeld zijn machtsstreven uitleven in het autorijden, een ander vindt hiervoor mogelijkheden als voorzitter van een vereniging. Er zijn echter bepaalde sublimatiemogelijkheden, die men bij de meeste mensen regelmatig terugvindt; aan de hand hiervan heb ik mij een mening over de driftstructuur van de moeder gevormd.

De orale driftbevrediging in ongesublimeerde vorm ziet men bij de volwassen mens in het genieten van het eten, drinken, snoepen, roken, zoenen en praten; in gesublimeerde vorm vindt men het in „het iets in zich opnemen", bijvoorbeeld in de nieuwsgierigheid. Anale driftbevrediging is ongesublimeerd in onze cultuur maar weinig mogelijk. Slechts het defaeceren wordt getolereerd, maar wanneer dit te lang duurt, wordt het al veroordeeld, evenals een anaal-erotisch grapje. In

gesublimeerde vorm heeft de anale driftbevrediging meer mogelijkheden. Het „ophouden van de faeces" en de kenmerken van de „Trotzalter" vindt men terug in de verzamelzucht, gierigheid, bewaarzucht, weetgierigheid en koppigheid. De urethraal-phallische driftbevrediging heeft in ongesublimeerde vorm op volwassen leeftijd ook weinig mogelijkheden; manipulaties aan het genitaal worden in het algemeen niet getolereerd in onze samenleving. Bij de zindelijkheidsdressuur voor de urine wordt in het algemeen de nadruk gelegd op het „een grote jongen zijn" of op de schaamtegevoelens. Het is opvallend dat bij een vuile broek de reactie vaak is „bah, wat vies", terwijl men bij een natte broek meer „foei, schaam je" hoort. De schaamtegevoelens en de prestatiedrang bieden in gesublimeerde vorm mogelijkheden voor urethraal-phallische driftbevrediging.

Urethraal-phallische kenmerken werden bij de vrouwen in dit onderzoek in tien gevallen duidelijk waargenomen, waarvan driemaal in combinatie met anale en éénmaal met orale trekken. Anale kenmerken zag ik zeven maal, waarvan dus drie samen met urethraal-phallische. Orale trekken waren vijfmaal duidelijk, waarvan éénmaal gecombineerd met de urethraal-phallische. In de overige twee gevallen werden geen bepaalde, overheersende kenmerken geconstateerd.

Het intelligentie-quotiënt leek te variëren van ± 80 tot 120, zoals te verwachten viel, gezien de sterk uiteenlopende schoolopleidingen. De gevoelsbegaafdheid leek, gezien de wijze waarop zij over hun kinderen, vrienden of familie spraken, bij tien vrouwen gering. Drie vrouwen maakten een gevoelsarme indruk. De overige zeven leken een redelijke gevoelswarmte te kunnen opbrengen.

Bij een verdeling volgens karakter heb ik gebruik gemaakt van de indeling die Carp [15] beschrijft. Bij dertien vrouwen vond ik hysterische trekken; negen hadden duidelijk een hysterisch karakter, terwijl bij vier een sterke urethraal-phallische fixatie het beeld mede kleurde. Dwangneurotische trekken hadden zes vrouwen van wie twee in combinatie met sensitieve kenmerken. Bij één vrouw overheersten de narcistische eigenschappen.

Tijdens deze gesprekken bleken twee vrouwen manifeste conversie-hysterische en drie duidelijke angsthysterische verschijnselen te hebben. Twee vrouwen hadden in hun leven een ernstige depressie met suicidepogingen doorgemaakt. Bij twee vrouwen leek het verantwoord van een karakterneurose te spreken.

Wanneer ik deze opmerkingen overzie, dan bleek het niet mogelijk een bepaald type in de structuur van de moeders te onderkennen.

C. Familie-anamnese van moeder en kind.

Van de moeder was in drie gevallen een eerste of tweede graads familielid in een psychiatrische inrichting opgenomen geweest. In twee gevallen was haar vader een potator.

In de familie van de vader werd tweemaal een eerste of tweede graads familielid voor psychiatrische behandeling opgenomen. Deze afwijkingen kwamen bij één geval zowel in de familie van de vader als in die van de moeder voor.

Familie-anamnese wat betreft het stotteren.

De vader van de stotteraar stotterde in vier gevallen; vijf moeders hadden gestotterd. Zowel in de familie van de vader als in die van de moeder kwamen nog drie stotteraars voor. Dit was steeds een vader of een broer. Bij één patiëntje stotterde zowel de vader als de moeder. In het totaal was de familieanamnese van de twintig onderzochte stotteraars dus veertien maal positief voor stotteren.

Bij vijf stotteraars kwamen in de familie-anamnese naast het stotteren ook opnamen in psychiatrische inrichtingen en alcoholisme voor.

Een moeilijkheid bij deze gegevens was dat de diagnose „stotteren" door de moeder of de vader bij de familieleden was gesteld. In het hoofdstuk over de begripsbepaling heb ik proberen aan te tonen welk een verwarring bestaat over het begrip stotteren. Het is dan ook waarschijnlijk dat onder deze stotterende familieleden broddelaars en stamelaars hebben gezeten. Desalniettemin hadden bij veertien kinderen de ouders de overtuiging dat in hun familie een stotteraar voorkwam. Bij vijf van de zes stotteraars, waarvan de familieanamnese negatief was voor stotteren, bleek de moeder een stotteraar — of wat zij daar voor hield — van nabij te hebben meegemaakt. Dit was altijd vóór het moment waarop haar kind met het stotteren begon. De stotteraars in de familie had de moeder ook voor dit tijdstip leren kennen. Het bleek dus dat van de twintig onderzochte vrouwen negentien vertelden dat zij in hun leven een stot-

teraar in hun naaste omgeving hadden gekend, voordat hun kind met het stotteren begon.

D. Samenvatting van de gegevens uit de anamnese van de moeder over zichzelf.

Verstandhouding met de vader. Tien van de onderzochte vrouwen noemden de verstandhouding met hun vader slecht. Van de acht, die de verhouding goed noemden, waren zeven vrouwen op een critiek moment in hun leven door de vader in de steek gelaten. Twee in de puberteit door vaders overlijden en twee bij hun huwelijk. Eén werd op twaalfjarige leeftijd het huis uitgestuurd voor een stiefmoeder en één op zestienjarige leeftijd voor haar eigen moeder. Een ander vond het overlijden van haar vader — zij was toen zestien jaar — een grote opluchting; de laatste was niet in staat of bereid een betrouwbare anamnese te verstrekken. De twee vrouwen die geen oordeel hadden over de verstandhouding met hun vader, waren zeemansdochters.

Nadat deze instelling ten opzichte van de vader de aandacht had getrokken, heb ik bij 36 vrouwelijke patiënten van de psychiatrische polikliniek de verhouding met hun vader uitvoerig nagevraagd. Dit gebeurde dus bij neurotische patiënten, al dan niet met een gepsychopathiseerde of psychopathische grondstructuur. Twee van de vaders dronken te veel, één hiervan werd een bruut genoemd. In twee gevallen werd een zuster voorgetrokken. Van vier vrouwen was de vader voor haar veertiende jaar overleden. Bij de overige 28 werd echter niets gevonden van de stoornissen, die bij de moeders van de stotteraars in de verhouding tot hun vaders werden gezien. Het aantal vrouwen, dat de verstandhouding met hun vader slecht noemde of in hem was teleurgesteld, bleek bij de moeders van de stotteraars (17 van de 20) aanzienlijk hoger te zijn dan bij de controleserie (8 van de 36). Dit verschil bleek statistisch significant te zijn ($P < 0.001$).

De verstandhouding met de moeder werd niet duidelijk getekend.

De sociale aanpassing was voor elf vrouwen een moeilijk punt.

Huwelijk en sexualiteit. Op de vraag of zij tevreden waren een vrouw te zijn, antwoordden acht vrouwen dat zij er de voorkeur aan zouden hebben gegeven een man te zijn. Tien vrouwen gaven beschrij-

vingen van hun huwelijk, die van spanningen getuigden; drie vrouwen waren gescheiden. De echtgenoot werd zeer verschillend beschreven. In zes gevallen hadden de vrouwen geen goed woord voor hem over, vijf maal werd hij beschouwd als hun oudste kind. De stemming in het gezin werd slechts door één vrouw goed genoemd.
Indruk van de structuur van de moeders. Het was niet mogelijk een bepaald type in de structuur van deze vrouwen te onderkennen. Bij de beoordeling van het driftleven leken urethraal-phallische kenmerken tien maal aanwezig te zijn. De gevoelsbegaafdheid maakte bij dertien vrouwen geen sterke indruk. Eveneens bij dertien vrouwen werden hysterische trekken in het karakter gezien.
Familie-anamnese van moeder en kind. Bij vier stotteraars bleek een eerste of tweede graads familielid van de ouders in een psychiatrische inrichting opgenomen te zijn geweest. Van twee patiënten was de grootvader een potator. In veertien gevallen werd vermeld dat in de naaste familie een stotteraar voorkwam.

Ajuriaguerra [16] heeft in een overzichtsartikel getallen verzameld over het voorkomen van stotteren in de familie van stotteraars. Gutzmann vond 28.6%, Mulder en Nadoleczny 40% en Ajuriaguerra 34%. Alleen Wepman en Bryngelson gaven de veel hogere percentages van 60 à 70%. Bij deze onderzoekingen werd niet gedifferentiëerd tussen de diverse soorten van stotteren.

De erfelijkheidsfactor in het stotteren is reeds lang een strijdpunt tussen de diverse onderzoekers. Nadoleczny [17] bijvoorbeeld heeft het stotteren als een aangeboren constitutionele ziekte gezien, Tarnaud en Seeman [18] eveneens. Daartegenover staat de mening van Siemens [19] die op grond van zijn onderzoek bij 300 tweelingen en hun familie het stotteren als een niet erfelijke aandoening heeft beschouwd.

Siemens waarschuwt tegen het te snel aannemen van een erfelijke component bij aandoeningen, die frequent in een familie voorkomen. Hij zegt: „Wie vorsichtig man mit dem Nachweis der Erblichkeit bei allgemein häufigen Merkmalen sein musz, wenn man diesen Nachweis durch die Feststellung der familiären Haufung führen will". Met deze waarschuwing voor ogen wil ik mij op grond van de resultaten van dit onderzoek niet in de strijd mengen, die over het al of niet aanwezig zijn van erfelijke factoren in het stotteren en de waarde die hieraan moet worden toegekend, wordt gevoerd. Dit

temeer, omdat de diagnose „stotteren" voor de in de familie voorkomende stotteraars niet vaststond. De diagnose was immers door de ouders van de patiënt gesteld en van deze kan men niet aannemen dat zij een onderscheid kunnen maken tussen bijvoorbeeld broddelen en stotteren. In de nabeschouwing zal op dit probleem nog nader worden ingegaan.

Wel wil ik de aandacht vestigen op het feit, dat de vrouwen uit dit onderzoek in negentien gevallen vertelden dat zij in hun leven een stotteraar in hun naaste omgeving hadden gekend voordat hun kind met het stotteren begon.

Ter vergelijking werd aan 58 patiënten van de psychiatrische universiteitspolikliniek gevraagd of zij in hun familie of naaste omgeving stotteraars hadden gekend. Bij negen patiënten was de familieanamnese positief voor stotteren en twintig patiënten hadden in hun leven contact met een stotteraar gehad. Twee van deze patiënten hadden zowel een stotteraar in de familie als in hun omgeving meegemaakt.

Van de 58 onderzochte patiënten waren dus 27 met een stotteraar nader in contact geweest. Voor de moeders van de stotteraars waren deze getallen 20 en 19. Dit verschil bleek bij een statische controle significant te zijn ($P < 0.001$).

Ik ben bij dit punt zo uitvoerig stil blijven staan, omdat het contact, dat de moeder in haar leven met een stotteraar heeft gehad, mijns inziens van belang is voor het ontstaan van het stotteren bij haar kind. Ik kom hier in hoofdstuk V op terug.

III. Gegevens uit het onderzoek van de kinderen.

Het was moeilijk een goed contact met de patiëntjes op te bouwen. De behuizing van de polikliniek liet alleen een gesprek toe, terwijl in vele gevallen een spel- of testsituatie gewenst was geweest. Het was mede daardoor vaak niet mogelijk een bevredigende indruk van het kind te krijgen. De ongunstige behuizing kon hier echter niet alleen voor verantwoordelijk worden gesteld. Deze kinderen gaven zich in het algemeen moeilijk.

Verstandhouding met de vader en de moeder. Vijftien patiëntjes lieten zich niet uit over hun verhouding tot vader en moeder. Zij gaven helemaal geen antwoord of vonden beiden even lief. Slechts

twee kinderen gaven een voorkeur voor vader of moeder aan, terwijl drie tot een zekere beschrijving van hun ouders kwamen.
De verhouding tot broers en zusters werd eenmaal als goed en tweemaal als slecht aangegeven. Alleen de twee oudste patiënten vertelden iets over de stemming thuis, beiden waren hierover niet tevreden.
Stotteren. Bijna even gesloten waren de kinderen wanneer ik met hen over het stotteren sprak. De helft wees dit helemaal af en zei dat zij niet stotterden, maar dat zij alleen af en toe wat last met het spreken hadden. Vier patiëntjes was het opgevallen dat hun stotteren situatief was bepaald; twee stotterden alleen op school en één alleen op straat. Eén patiënt vertelde dat hij vrij was van stotteren wanneer hij alleen was. De overige zes vonden het stotteren van vervelend tot rampzalig.
Sociale contacten. In de omgang met anderen had het stotteren in tien gevallen aanleiding gegeven tot plagerijen. De meeste patiëntjes zouden dan niets terug doen, slechts drie vertelden dat zij begonnen te vechten. Vijf van de patiëntjes hadden geen enkele vriend of vriendin, negen slechts één, terwijl zes meerdere kameraadjes hadden. Met uitzondering van deze laatste zes leken de sociale contacten van de kinderen moeizaam te worden opgebouwd en gehandhaafd.
Belangstelling en idealen. De gegevens die de moeder en die het kind hierover verstrekten, waren met elkaar in overeenstemming. Zowel de belangstelling van de verschillende kinderen als hun idealen liepen sterk uiteen.
School. Een duidelijke problematiek of een conflict kwam hier niet aan het licht.
Sexualiteit. Het was moeilijk een indruk te krijgen van de sexuele ontwikkeling, voorlichting en problematiek.
Slapen en eten. Het inslapen gaf in zeven gevallen moeilijkheden, terwijl negen patiënten 's nachts angstdromen hadden. De meesten vertelden niets over de inhoud, slechts eenmaal kreeg ik een regelmatig terugkerende droom te horen, waarin de patiënte door een reus werd gebraden en vervolgens opgegeten.

Het eten leverde in het algemeen geen moeilijkheden op. Voor vijf patiënten waren eten en snoepen zelfs hoogst belangrijke zaken.

Ik heb geprobeerd mij een indruk te vormen over de structuur van de stotteraars. De depressieve pool van het temperament leek in geen enkel geval te overheersen; één meisje vertoonde hypomane

trekken. Het driftleven toonde bij dertien patiënten urethraal-phallische, bij tien orale en bij zes anale kenmerken. Bij verschillende patiënten werden deze kenmerken in combinatie gevonden. Bij vijf kinderen werden orale naast urethraal-phallische trekken gezien, bij twee een combinatie van anale met urethraal-phallische en eveneens bij twee van orale met anale trekken. Het intelligentie-quotiënt leek te variëren tussen ± 90 en 125. Het was bijzonder moeilijk een indruk te krijgen van de gevoels- en wilsbegaafdheid. De psychomotorische mogelijkheden schenen in zes gevallen slecht. Deze kinderen behoorden op de gymnastiekles tot de slechtsten, deden niet aan sport en maakten een houterige indruk. Bij vijf patiënten leek dit iets beter en bij de overige negen goed. Het was moeilijk voor elk kind een passende karakterbeschrijving te vinden. Twee meisjes hadden een uitgesproken hysterisch karakter, één jongen een dwangmatig en één jongen een duidelijk oraal-passief karakter. Bij de overige kinderen bleek het niet mogelijk tot een goede karakterisering te komen.

Tot slot wil ik proberen de indrukken te overzien, die ik van deze stotteraars heb gekregen. Allereerst viel mij hun agressiviteit op. Bij veertien kinderen was deze duidelijk voelbaar en uitte zich in het dagelijks leven in vechtpartijen, dromen of fantasieën. Ondanks het moeilijke contact antwoordden negen kinderen bevestigend bij gericht vragen naar het bestaan van angsten. Dit moeilijke contact was een ander opvallend punt. In acht gevallen bleef het contact zeer oppervlakkig, bij negen was het iets beter en bij drie kon het redelijk worden genoemd. In dit contact bleek bij negen patiëntjes een duidelijke sensitiviteit te bestaan, bij zes was dit iets minder en bij vijf merkte ik het niet op. De laatste opvallende trek die de stotteraars vertoonden, was de eerzucht, die bij acht patiënten duidelijk aanwezig was.

In het kort gezegd werd ik in de gesprekken, die ik met de stotteraars had, getroffen door hun agressiviteit en angst, hun eerzucht, contactmoeilijkheden en sensitiviteit.

IV. Gegevens uit het verslag van de behandelende logopedist(e).

Het was niet mogelijk om hier tot een vergelijkend overzicht te komen, omdat de meeste kinderen door verschillende therapeuten werden behandeld. In het verslag werd eerst de symptomatologie en vervolgens een overzicht van de therapie gegeven. Het was opval-

lend dat het opbouwen van een goed contact als het centrale punt van de behandeling werd beschouwd. Het was pas mogelijk de patiëntjes spraaktechnisch te benaderen wanneer dit contact was gelegd.

Ik ben niet tot een uitgebreide analyse van de therapeutische situatie kunnen komen. Ik heb hierover slechts een indruk gekregen uit de gesprekken met patiënten en therapeuten. Hieruit bleek dat, wanneer de therapie aansloeg, er een duidelijke wederzijdse gebondenheid bestond tussen de logopedist(e) en de patiënt. De eerste was in deze verhouding de welwillende, doch autoritaire ouderfiguur.

Een dergelijke overdrachtssituatie is mijns inziens een van de voorwaarden voor het slagen van een logopedische stottertherapie.

SLOTBESCHOUWING

Ik wil thans een overzicht geven van enige mijns inziens opvallende bevindingen van dit onderzoek.

De verstandhouding van de moeder van de stotteraar met haar vader bleek in zeventien gevallen duidelijk gestoord te zijn. Tien moeders noemden de verhouding met hun vader slecht en zeven werden op een critiek moment in hun leven door hem in de steek gelaten.

Tien vrouwen waren ontevreden over hun huwelijk en drie waren gescheiden. Slechts vijf gaven een gunstige beschrijving van hun echtgenoot. Elf moeders bleken ambivalent tegenover hun stotterend kind te staan. Phallische kenmerken leken bij tien gevallen in de structuur van de moeder voor te komen. Acht vrouwen zouden er de voorkeur aan hebben gegeven man te zijn.

De sociale aanpassing vertoonde bij elf vrouwen duidelijk stoornissen. Zij durfden zich niet buiten de kring van hun familie te wagen.

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de verschillende combinaties waarin deze bevindingen voorkwamen.

Het was mijn indruk dat de vrouwen uit dit onderzoek enigszins onzeker en verbitterd in het leven stonden. Zij voelden zich door hun medemensen weinig geaccepteerd. Zelf leken zij hun vrouw-zijn nauwelijks te aanvaarden. Het leek alsof zij zich er op hadden ingesteld, dat het leven één grote teleurstelling was.

Negentien van deze vrouwen vertelden dat zij in hun leven een stotteraar in hun naaste omgeving hadden gekend, voordat hun kind met het stotteren begon.

	Verstandhouding met vader slecht	Teleurgesteld in vader	Gescheiden	Ontevreden over huwelijk	Ontevreden over echtgenoot	Ambivalentie t.o.v. het stotterende kind	Phallische kenmerken in structuur	Voorkeur om man te zijn	Sociale aanpassing gestoord	Stotteraar gekend
1		+	+		+	+			+	+
2	+			+	+	+				+
3	+			+	+	+	+	+		+
4	+						+	+		+
5		+		+					+	+
6	+			+					+	+
7	+			+	+	+	+	+		
8		+		+	+	+	+	+		+
9					+				+	+
10	+									+
11	+				+	+	+	+	+	+
12	+				+				+	+
13		+		+	+	+				+
14	+			+	+		+	+	+	+
15	+				+				+	+
16		+	+		+	+	+	+	+	+
17				+	+		+		+	+
18					+	+			+	+
19		+	+		+	+	+			+
20		+		+		+	+	+		+
	10	7	3	10	15	11	10	8	11	19

Zeventien kinderen bleken in de eerste achttien maanden van hun leven moeilijkheden te hebben meegemaakt. Het waren de te korte of afwezige borstvoeding, de mastitis van de moeder, de scheiding tussen moeder en kind en het braken van het kind. In één geval was het kind zestien maanden toen de scheiding tussen moeder en kind plaats vond. In de overige gevallen traden de stoornissen vóór de

zevende maand op. Zoals reeds besproken is, kunnen de drie eerstgenoemde stoornissen het kind frustreren en is de laatste meer een uiting van een zich gefrustreerd voelen. Binnen het kader van de moeder-kind relatie kunnen reacties op een zich gefrustreerd voelen

	Borstvoeding te kort of afwezig	Mastitis van de moeder	Scheiding moeder en kind	Braken van het kind	Protesthouding van het kind	Agressiviteit van het kind	Angsten bij het kind	Sensitiviteit van het kind	Sterke eerzucht van het kind
1	+		+	+					
2					+	+	+		
3		+				+	+		+
4	+		+			+	+	+	+
5	+		+			+	+		
6				+		+		+	+
7				+		+		+	+
8	+	+	+			+			+
9	+			+		+	+	+	
10	+	+					+	+	+
11	+					+			+
12	+		+	+					
13						+			+
14		+	+			+		+	
15	+		+	+			+		
16		+							
17				+	+	+	+	+	
18				+		+	+	+	
19						+		+	
20			+						
	9	5	8	8	2	14	9	9	8

weer als frustraties werken. Ik wil deze vier symptomen dan ook beschouwen als aanwijzingen voor het bestaan van stoornissen in de moeder-kind relatie. De stoornissen kwamen bij de diverse kinderen in verschillende combinaties voor. In de bovenstaande tabel wordt hiervan een overzicht gegeven.

Na deze periode van onrust kwamen de meeste kinderen in een fase van uiterlijke rust. De zindelijkheidsdressuur voor de ontlasting verliep vlot en gemakkelijk. Slechts twee kinderen vertoonden enige symptomen van een protesthouding.

Tussen het derde en vijfde jaar was deze rust weer voorbij. Op die leeftijd begon bij alle kinderen het stotteren.

Tijdens het onderhoud dat ik met de patiënten had, bleek het moeilijk te zijn om contact met hen te krijgen. Desondanks werd ik getroffen door de agressiviteit, angst, sensitiviteit en eerzucht, die hun gedrag leken te kenmerken.

APPENDIX

Gedurende de periode waarin dit onderzoek heeft plaats gevonden, hebben zich drie ontwikkelingsstotteraars op de polikliniek gemeld, die niet in dit onderzoek zijn opgenomen.

De eerste was een jongen van 15 jaar, die slechts één keer kwam. De uren van de polikliniek schikten hem niet en hij wenste niet in behandeling te worden genomen.

De tweede was een meisje van 13 jaar, dat de behandeling na twee maal staakte. De moeder bleek niet verder bereid om aan het onderzoek mee te werken en ik had met haar slechts één gesprek. Zij vertelde dat de graviditeit ongewenst was geweest. Gedurende de eerste drie maanden was zij vaak misselijk. De partus gaf geen complicaties, de borstvoeding echter wel. Het kind hield de melk niet binnen en werd ter analyse van de oorzaak van de tweede week tot de derde maand in een ziekenhuis opgenomen. Het eten bleef altijd een moeilijk punt. De zindelijkheidsdressuur verliep vlot en zij zou met 1½ jaar zindelijk zijn geweest.

De derde was een jongen van 12 jaar, die, toen hij zeven maanden oud was, bij de moeder werd weggehaald. Zij kon daardoor geen betrouwbare inlichtingen geven over de ontwikkeling van haar zoon. De graviditeit was ook hier ongewenst, de borstvoeding duurde korter dan zes weken. Toen het kind zeven maanden oud was, verongelukte de vader. De moeder was niet in staat alleen voor het kind te zorgen en haar ouders wilden het niet in huis nemen. De moeder werd zo gedwongen haar kind aan de schoonfamilie af te staan, die zich wel over het kind, maar niet over haar wenste te ontfermen.

Toen het kind twee jaar oud was, werd het bij gerechtelijk vonnis in een kindertehuis geplaatst. De moeder was een randdebiele vrouw, die door haar vader niet werd geaccepteerd. Deze had een uitgesproken voorkeur voor zijn oudste dochter. Het stotteraartje zelf was een fel, klein boefje, dat flink agressief was. Hij had een sterk verlangen naar een huiselijk milieu.

1. W. Johnson : An open letter to the mother of a stuttering child. Conner Publications Inc. Harrison N.Y. 1941.
2. D. A. Barbara : Stuttering. The Julian Press Inc. N.Y 1954, blz. 72.
3. M. Brunner : Beeinflussung des Stotterns. Zeitschrift für psychoanalytische Pädagogik. Jhrg. X. 1936, blz. 360.
4. D. A. van Krevelen : Nederlands leerboek der speciële kinderpsychiatrie. Deel I. H. E. Stenfert Kroese, Leiden. 1952, blz. 300.
5. M. T. Gifford : in „Stuttering, significant theories and therapies" by E. Hahn. Stanford University Press, 1947, blz. 41.
6. O. Fenichel : The psychoanalytic theory of neurosis. Routledge and Kegan Paul Ltd. 1955, blz. 311.
7. P. Linthorst en G. Leerkamp : Spraak- en stemstoornissen. N.V. Haga, 1954, blz. 275.
8. J. J. Frets— v. Buuren : Onderzoek naar de betekenis van de diagnose neuropathie, deel II. Academisch proefschrift Leiden, 1957, blz. 70.
9. M. P. Middlemore : The nursing couple. Cassell and Company Ltd. London 1941, blz. 4, 5, 6.
10. Selling and Ferraro : The psychology of diet and nutrition. Northon Company Inc. N.Y. 1945. blz. 56-57.
11. O. Fenichel : The psychoanalytic theory of neurosis. Routledge and Kegan Paul Ltd. 1955, blz. 139.
12. J. J. Frets— v. Buuren : Persoonlijke mededeling.
13. E. A. D. E. Carp : Medische psychologie en pathopsychologie. Scheltema en Holkema N.V. Amsterdam 1951, blz. 50.
14. J. Bowlby : Maternal care and mental health. World Health Organisation. Monograph serie, no. 2, 1952, blz. 48.

15. E. A. D. E. Carp : De Neurosen.
Scheltema en Holkema N.V. Amsterdam 1947.

16. J. de Ajuriaguerra e.a. : Le bégaiement. Trouble de la réalisation du language dans le cadre d'une pathologie de la relation. La Presse Médicale 28-5-1958, 66 no. 42, blz. 953.

17. Nadoleczny : In „Stuttering, significant theories and therapies" by E. Hahn. Stanford University Press, 1947, blz. 136.

18. J. Tarneaud et M. Seeman : La voix et la parole. Librairie Maloine S.A. Paris 1950. blz. 128.

19. H. W. Siemens : Ueber Linkshändigkeit. Virchows Archiv. 252 Band 1924. blz. 13.

Hoofdstuk V

CONCLUSIES EN NABESCHOUWING

In de slotbeschouwing van het vorige hoofdstuk heb ik een overzicht gegeven van enige, mijns inziens opvallende bevindingen van dit onderzoek. Ik wil nu proberen na te gaan in hoeverre er een verband bestaat tussen deze gegevens, de moeder-kind relatie en de contactstoornissen van de stotteraar.

Het begin van een moeder-kind verhouding ligt in de graviditeit, wanneer de moeder zich instelt op het komende kind. Beschouwingen over deze relatie zullen daarom hier moeten beginnen en een nadere bestudering van de persoonlijkheid van de moeder is hiervoor gewenst.

De verstandhouding tussen de moeder van de stotteraar en haar vader.

Het bleek dat van de twintig vrouwen uit dit onderzoek zeventien ernstig in hun vader waren teleurgesteld, twee waren nooit aan een diepergaand contact met hem toegekomen. Ik heb mij de vraag gesteld welke invloed deze ervaring met de vader op de ontwikkeling van een meisje kan hebben.

Volgens Helene Deutsch [1] is voor een goede ontwikkeling van meisje tot vrouw een zekere moed nodig. De moeder neemt tegenover haar kind, vooral wanneer dit een dochter is, een beschermende houding aan. Zij vindt dat het kind zich te veel aan gevaren bloot stelt wanneer het ongeremd aan zijn activiteitsdrang toegeeft. Het kind moet zich tegen deze „bescherming" in ontwikkelen. Het meisje moet bovendien in de oedipale fase de problematiek verwerken van de concurrentiestrijd met de moeder om de vader. Vooral zij zal daarom een extra steuntje nodig hebben. Zij krijgt dit in het algemeen van haar vader, die de vrouw in zijn dochter wel waardeert en binnen zekere grenzen wil accepteren en stimuleren. Hoe meer de vader de overheersende figuur is, hoe minder de dochter met de moeder rekening hoeft te houden. Wanneer de moeder echter de leiding in handen heeft, is de vader in het algemeen een zwakke

figuur. Juist echter onder die omstandigheden zou het meisje een extra steuntje nodig hebben om haar vrouw-zijn aan te durven.

Het is waarschijnlijk dat meisjes, die uit een dergelijk gezin afkomstig zijn, moeilijkheden zullen krijgen bij het begin van de oedipale fase. Zij durven geen pogingen te wagen om de moeder van haar plaats te verdringen, het risico hiervan zonder de hulp van de vader is veel te groot. De oedipale situatie kan niet tot opbloei komen en tot een adaequate afwikkeling hiervan komt het zeker niet. Deze meisjes zullen vol zitten met onverwerkte oedipale problematiek. Het huwelijk en de graviditeit zijn voor hen grenssituaties, omdat de oude problemen weer geactualiseerd worden.

Uit het onderzoek bleek dat in het gezin waarin de moeder van de stotteraar was opgegroeid, de vader slechts in één geval de leiding had, elf maal was het de moeder en acht maal was het niet duidelijk. De ontevredenheid van zeventien van de onderzochte vrouwen over hun vaders maakt het waarschijnlijk dat deze tekort zijn geschoten in het verlenen van de noodzakelijke hulp aan hun dochters. De twee vrouwen die hun vader nauwelijks hebben meegemaakt, hebben voor dezelfde moeilijkheden gestaan.

Het is niet zo belangrijk of de vader objectief gezien tekort is geschoten, het voornaamste is dat de dochter dit zo heeft ervaren. Zij zal zeer ambivalent staan tegenover haar vrouw-zijn, want hiermede riskeert zij moeilijkheden met haar moeder. Angst en een niet aandurven van het vrouw-zijn valt bij deze vrouwen te verwachten. Bij tien vrouwen van dit onderzoek werden phallische trekken geconstateerd en acht vertelden dat zij er de voorkeur aan zouden hebben gegeven man te zijn.

Ook Glauber, wiens opvattingen in hoofdstuk II reeds zijn genoemd, is op grond van een onderzoek, waarin hij moeders van stotteraars psychoanalytisch heeft behandeld, tot dezelfde conclusies gekomen.

Een graviditeit zal voor vrouwen met een dergelijke instelling een ernstige belasting zijn. Deze bij uitstek vrouwelijke exponent van het vrouw-zijn kan de infantiele oedipale problematiek actualiseren en het gevaar dreigt dat de oude conflicten weer bewust zullen worden. Naast deze nadelen zullen aan de graviditeit ook voordelen zijn verbonden. De vrouw kan hiermede wraak nemen op haar vader, die haar zo in de steek heeft gelaten. Zij laat hem zien dat een

andere man haar wel de moeite waard vindt. Tegelijkertijd krijgt haar zelfvertrouwen, dat bij de oedipale problematiek een knauw kreeg, een stevige steun. In het moederschap durft zij haar vrouw-zijn te aanvaarden. Zij evenaart haar moeder en bloeit op in haar zwangerschap. Deze periode zal daarom voor haar met ambivalente gevoelens beladen zijn, een oude problematiek wordt geactualiseerd, maar eveneens voor een gedeelte bezworen.

In het kind dat geboren zal worden, vindt de moeder haar zelfrechtvaardiging, vooral wanneer dit een jongen blijkt te zijn. Het krijgen van een zoon wordt in het algemeen meer gewaardeerd dan dat van een dochter en met een zoon wordt de moeder niet alleen voor haar eigen gevoel, maar vaak ook in werkelijkheid meer voor vol aangezien. Onafhankelijk echter van het geslacht is het kind het onomstotelijk bewijs van haar vrouw-zijn.

Dit laatste geldt voor iedere vrouw, die in verwachting is; de meeste vrouwen die kinderen hebben, zullen met de hierboven beschreven problemen kennis hebben gemaakt. Het verschil met de vrouwen van dit onderzoek zal daarom kwantitatief zijn. De houding van de ouders zal voor deze vrouwen de problematiek hebben verscherpt en vergroot. De graviditeit geeft hun echter de kans hierboven uit te groeien. Het valt daarom te verwachten dat zij het zullen betreuren wanneer deze toestand tot een einde komt. Zij hebben wel na de partus een kind, dat volledig van hen afhankelijk is, maar de fase van de grootste intimiteit is definitief afgesloten. In de graviditeit kan de moeder over het kind fantaseren zoveel zij maar wenst; de partus voert haar echter terug naar de realiteit.

De instelling van de moeder ten opzichte van het kind.

De geboorte is het begin van de scheiding tussen moeder en kind. Hoe ouder het kind wordt, hoe duidelijker dit zal blijken; op een zeker moment doet het kind niet meer alles wat de moeder zegt. Het zal zich tot een zelfstandig wezen ontwikkelen en zich van haar losmaken. Dit vormt een bedreiging voor de moeder, want met het kind verliest zij de steun voor haar zelfrechtvaardiging. De moeder verzet zich daarom tegen het groot en onafhankelijk worden van haar kind. Het is echter haar noodlot dat zij hier zelf aan meewerkt. Zij is het immers die het kind voedt, verzorgt en beschermt. De moeder heeft

daarom enige weerstand tegen deze zorg voor haar kind. Daarnaast schenkt het haar echter ook een bevrediging. Hier is iemand die niet zonder haar kan en door wie zij als volwaardig wordt geaccepteerd. Zij vindt hierin dezelfde steun terug, die de graviditeit haar heeft gegeven. De moeder zal daarom ambivalent staan tegenover de verzorging van haar kind. Zij geniet ervan, maar tegelijkertijd maakt het haar bevreesd.

De meeste moeders vinden het jammer wanneer hun jongste de babyfase achter zich heeft, zij zouden hem graag nog wat klein hebben gehouden. Door de hier beschreven vrouwen zal deze algemene problematiek tegen de achtergrond van hun jeugdervaringen echter scherper worden ervaren. Het kind groeit zo op onder de dreiging van deze ambivalente gevoelens. Het voedsel wordt het ten dele wel en ten dele nauwelijks gegund. Vanaf het begin zal het karakter van de moeder-kind relatie hierdoor worden bepaald.

Ervaringen en reacties van het kind.

In de anamnese, die de moeders gaven over de ontwikkeling van hun kind, bleek dat bij zeventien patiëntjes zich in de eerste achttien maanden stoornissen hadden voorgedaan. Het waren de te korte borstvoeding, de mastitis van de moeder, de scheiding tussen moeder en kind en het braken van het kind.

Het braken zou, gezien de instelling van de moeder ten opzichte van het kind, te verklaren zijn als reactie op een zich gefrustreerd voelen. Frustraties en gevoelens van gefrustreerd zijn vormen echter, zoals in hoofdstuk IV reeds is opgemerkt, binnen het kader van de moeder-kind relatie een kringloop. Reacties op een zich gefrustreerd voelen kunnen weer als frustraties werken. De reacties van de moeder op het braken kunnen zo terugslaan op het kind. Verschillende moeders vertelden hoe wanhopig zij onder het braken waren geweest en dat zij het kind vurig hadden verwenst.

De te korte borstvoeding, de mastitis en de scheiding tussen moeder en kind kunnen rechtstreeks frustrerend voor het kind zijn. Men kan zich de vraag stellen in hoeverre het toeval was dat juist deze kinderen iets dergelijks moest overkomen. Volgens Middlemore [2] bijvoorbeeld ligt de oorzaak van een mislukte borstvoeding vaak in ambivalente gevoelens van de moeder. Gezien de tegenstrijdige ge-

voelens die deze moeders over het voeden van hun kind koesterden, bestaat de mogelijkheid dat dit bij meerdere vrouwen een rol heeft gespeeld.

Primair of secundair, het kind zal deze gebeurtenissen echter steeds als een bedreiging hebben gevoeld. In het vorige hoofdstuk heb ik het onderzoek van Bowlby [3] genoemd. Een scheiding tussen moeder en kind betekent voor het kind, vooral in zijn eerste levensjaar, een wegnemen van een van de grondpijlers van zijn bestaan. Stoornissen in de voeding gedurende de orale fase zullen eenzelfde bedreiging inhouden. De voeding komt immers van de moeder en het kind kan in dit stadium nog onvoldoende tussen moeder, moederborst en melk differentiëren. De bij de zeventien kinderen gevonden stoornissen kunnen dus frustrerend voor het kind zijn geweest. In de slotbeschouwing van hoofdstuk IV heb ik deze gebeurtenissen beschouwd als aanwijzingen voor het bestaan van een gestoorde moeder-kind relatie. Het is mogelijk dat deze stoornissen hiervan het gevolg zijn. Zij zullen echter zeker, vooral wanneer deze relatie al door andere oorzaken labiel is geworden, storend hierop kunnen werken.

Een goede relatie met de moeder is voor ieder kind, vooral in zijn eerste levensjaar, zeer belangrijk. Een kind is sterk van zijn moeder afhankelijk. Het zal daarom een riskante onderneming zijn om moeders wil veel te trotseren. Dit geldt speciaal voor de kinderen uit dit onderzoek. Een dergelijk kind leefde immers al onder de ambivalente instelling van de moeder. Elke stap die het kind in de richting van de volwassenheid deed, wekte bij de moeder verzet op. Zij wilde haar kind klein houden. Noodgedwongen accepteerde zij zijn geboorte, maar van het begin af probeerde zij zijn activiteiten te beperken. Het kind werd dus wel gedwongen zijn drang tot opgroeien en volwassen worden te beteugelen en zijn activiteiten binnen de perken te houden. Van zeventien kinderen werd verteld dat zij bovendien met een situatie werden geconfronteerd, waarin zij extra door de moeder gefrustreerd werden. Dit zal vooral bij deze kinderen hard zijn aangekomen en na een dergelijke ervaring valt te verwachten dat zij voorlopig dubbel voorzichtig zullen zijn en elk idee van eigen initiatief zullen laten varen.

De nu volgende levensfase kenmerkte zich door een uiterlijke rust. Dit was des te meer opvallend, omdat juist op deze leeftijd zich

in het algemeen de eerste tekenen van een individualiseringsperiode openbaren. Het kind probeert een eigen levensstijl op te bouwen en zoekt dit in het begin voornamelijk in het negativistische. Het realiseert zich nog onvoldoende wat het precies wil, maar het weet wel dat dit anders is dan de moeder voorschrijft. Het wenst een zekere graad van zelfstandigheid en wil onafhankelijker van haar worden. De„Trotzalter" doet zijn intrede en de kinderen gaan overal tegen in. Het woordje „neen" is het trefwoord van deze fase. Bij de meeste van de hier onderzochte kinderen bleef dit alles echter uit. Slechts twee kinderen maakten een „neen-fase" door. Dezelfde tendens manifesteerde zich ook in de zindelijkheidsdressuur. Alle twintig werden vlot zindelijk voor de ontlasting en slechts één kind probeerde eenmaal in verzet te komen en smeerde met faeces.

Iedere poging van het kind tot zelfstandigheid zal door de moeders uit dit onderzoek met wantrouwen zijn bekeken. Het kind, door de ervaring wijs geworden, zal hierdoor steeds voorzichtiger worden. De eerste uitingen van de sexualiteit van een dergelijk kind zullen bij de moeder grote weerstand oproepen. Wanneer zij dit zou accepteren, betekent het een erkenning van het volwassen worden van haar kind. Daarbij komt nog dat de moeder in haar eigen ontwikkeling op dit punt is vastgelopen. Zij werd door haar moeder gefrustreerd en haar vader liet haar in de steek. Wanneer zij haar kind nu hetzelfde aandoet, stelt zij zich gelijk met haar ouders en wordt de herinnering aan de doorgemaakte frustraties verzacht.

Hoe verder het kind in zijn ontwikkeling komt, hoe meer ervaring het zal hebben met het verzet van de moeder tegen zijn activiteiten. Het kind zal het steeds minder goed aandurven iets te ondernemen: de stootkracht van zijn ontwikkelingsdrang wordt aangetast. Het valt daarom te verwachten dat, indien het kind nog niet is vastgelopen, dit zal gebeuren bij de eerste uitingen van zijn sexualiteit. Enerzijds mist het de ware stootkracht om de moeilijkheden te overwinnen, anderzijds zullen deze op dit moment groter zijn dan ooit, gezien de weerstand die deze uitingen bij de moeder oproepen.

Psychoanalytische beschouwingen.

Ik wil thans, uitgaande van psychoanalytische gezichtspunten [4], deze gegevens nader beschouwen.

De eerste levensmaanden van een kind, wanneer het in de orale fase is, kenmerken zich door passiviteit. De zuigeling geeft zich over aan de moeder en zij bepaalt zijn leven. Hierin komt echter met de dentitie verandering. Het kind komt dan in de oraal-sadistische fase, gaat bijten en probeert zich los te maken van de moederborst. Dit is, na de partus, de eerste grote stap op de weg naar de zelfstandigheid. De moeder wordt geconfronteerd met deze neiging in haar kind en de problematiek, die dit van het begin af heeft opgeroepen, spitst zich toe. Het orale sadisme van het kind zal hierdoor voor de moeder in dubbel opzicht een pijnlijke belevenis zijn en zij zal er steeds gevoelig voor blijven.

Het kind „maakt kennis" met de activiteits-passiviteitsproblematiek. Het probeert in een stadium van grotere activiteit te komen en roept hiermede de tegenwerking van de moeder op. Het risico ontstaat dat de moeder boos wordt en dat zij het verstoot. Daar tegenover echter staat het gevaar van steeds in passiviteit aan de moeder gebonden te blijven, zonder ooit tot een eigen onafhankelijk bestaan te komen. Het kind leeft onder de dreiging van moeders ambivalentie. Het weet uit ervaring wat het betekent, wanneer zijn verstandhouding met de moeder wordt verstoord. Het zal een middenweg moeten kiezen, waarbij het zich zover van de moeder durft los te maken, dat deze net niet boos wordt. Het kind legt zich erbij neer dat hierdoor zijn ontwikkelingstempo wordt vertraagd.

In de zindelijkheidsdressuur wordt een kind geprezen, wanneer het de ontlasting op het potje doet. Een kind zal het defaeceren op de po daarom ervaren als iets, waarmee het zijn moeder een genoegen doet. De faeces krijgt de betekenis van een geschenk aan de moeder. Een kind kan tegen zijn moeder in verzet komen en zijn onafhankelijkheid demonstreren door tegen haar wil in de faeces vast te houden. Aan deze typische anale neiging zullen de kinderen uit dit onderzoek niet toe durven te geven, zij gedragen zich als gehoorzame en gezeggelijke kinderen. Zij krijgen echter in het stotteren later een kans hun schade in geconverteerde vorm in te halen.

In hoofdstuk III heb ik de artikelen van Ferenczi en Bergler over obscene woorden gerefereerd. Elk woord, dat een kind tegen zijn moeder spreekt, blijft volgens Bergler altijd enigszins de betekenis van een blijk van liefde houden. Dit geldt ook voor een obsceen woord, al is dit in de eerste plaats een uiting van agressiviteit. Met

het stotteren blokkeert de patiënt zijn woorden en kan zo verboden neigingen onderdrukken. Volgens Bergler echter wordt de moeder hiermee tevens een liefdesuiting onthouden. De woorden worden opgehouden en in deze betekenis kan men in het stotteren in geconverteerde vorm het ophouden van de faeces te voorschijn zien komen. Zoals een kind zich tijdens de zindelijkheidsdressuur tegen de moeder kan verzetten door zijn faeces niet aan haar af te staan, zo onthoudt dit kind zijn moeder thans de woorden.

Deze verlate oppositiehouding van de anale fase behoeft ons, ondanks de uiterlijke rust die deze fase kenmerkte, niet te verbazen. Het kind geeft niet volledig toe aan moeders eisen tot volgzaamheid en passiviteit, want bij een totaal toegeven dreigt het gevaar van extreme passiviteit en uiterste regressie. Het kind zou dan zijn eigen individualiteit volledig moeten prijsgeven. Dit zou het einde van zijn bestaan betekenen en hiertegen verzet het zich.

Wanneer het kind in de urethraal-phallische fase komt en de oedipale problematiek zich begint aan te kondigen, valt te verwachten dat de moeder de doorbrekende sexualiteit van haar kind niet zal accepteren. Ook deze stap op weg naar de volwassenheid zal door haar worden afgewezen. Zoals hierboven reeds is beschreven, zullen de verzetsreacties heftig zijn door ervaringen van de moeder uit haar oedipale fase. Het zal echter verschil uitmaken of het kind een jongen of een meisje is. De beginnende sexualiteit van een jongen zal voor de moeder een andere betekenis hebben dan die van een meisje. De activiteit van haar zoon betekent voor de moeder een bedreiging. Deze activiteit is immers op haar gericht en hij benadert haar hiermee niet als moeder maar als vrouw.

De oedipale wensen van de moeder zijn indertijd door haar moeder verboden en onderdrukt. In de analyses die Glauber bij de moeders van stotteraars heeft gedaan, bleek dat deze vrouwen infantiel waren en angst en schuldgevoelens hadden over hun sexualiteit. Wanneer deze vrouwen sexueel door hun zoon worden benaderd, zullen zij zich hiertegen waarschijnlijk heftig verzetten. Deze frustratie van de genitale activiteit zal voor de jongen een ernstig trauma zijn, omdat hem dit wordt aangedaan door degene op wie deze activiteit is gericht.

Daarbij komt nog dat deze moeders zich bij een jongen sterker tegen diens onafhankelijkheidsdrang zullen verzetten dan bij een

een meisje. Een jongen wordt immers zowel door de moeder als door de buitenstaander meestal meer gewaardeerd. Hij zal daarmee voor haar een grotere steun zijn in haar strijd om de zelfrechtvaardiging. Uitgaande van deze overwegingen wordt het begrijpelijker dat er aanzienlijk meer jongens zijn, die stotteren dan meisjes. Andere componenten, zoals bijvoorbeeld de in het algemeen meer soepele psychomotoriek van het meisje, zullen hierin ook een rol spelen.

Het spreken van het kind.

Het spreken van het kind zal voor de moeder een speciale betekenis hebben. Het is niet alleen een nieuw teken van volwassen worden, maar bij het spreken maakt het kind van dezelfde organen gebruik waarmee het de eerste grote poging heeft ondernomen zich van de moeder los te maken. Zij herinnert zich het oraal-sadisme van haar kind en zal extra gevoelig zijn voor al zijn orale activiteiten.

Bowlby [5] heeft in zijn studie over de betekenis van de moederlijke zorg ook aandacht besteed aan het spreken. Hij zag dat kinderen die niet in familieverband, maar in een tehuis opgroeiden, achter raakten met hun ontwikkeling. Het spreken werd hierdoor het sterkste getroffen. Bowlby refereert Burlingham en A. Freud die schrijven: „When children are home on visits . . . they sometimes gain in speech in one or two weeks, what they would have taken three months to gain in the nursery". Zelfs bij zuigelingen werd iets dergelijks opgemerkt, al kan dit nog geen spreken worden genoemd. Brodbeck en Irwin [6] constateerden dat de babies die de eerste zes maanden in een tehuis doorbrachten, minder „klankrijk" waren dan degenen die in familieverband opgroeiden. Bowlby komt tot de conclusie dat de achterstand in de ontwikkeling van het spreken een typisch kenmerk is van het kind uit een tehuis. Hieruit blijkt wel het belang van een goede moeder-kind relatie juist voor de ontwikkeling van het spreken.

De meeste kinderen van dit onderzoek zijn niet in een tehuis geweest, maar hebben wel moeilijkheden in de moeder-kind verhouding moeten verwerken. Het is daarom denkbaar dat het spreken bij hen meer kwetsbaar is dan bij kinderen met een minder gestoorde moeder-kind relatie. De ontwikkeling van het spreken bij de kinderen van dit onderzoek zou hierdoor meer kans hebben vast te lopen.

Bovendien is reeds gebleken dat de moeders gesensibiliseerd zijn voor de orale activiteiten van haar kind. De ervaringen van het kind en de instelling van de moeder zullen zo ongunstig op elkaar inwerken.

Het physiologische broddelen.

Kort voor het kind in de latentiefase van zijn sexuele ontwikkeling komt, krijgt het de aanvechting om obscene woorden te zeggen. Dit moment valt samen met de fase waarin het physiologische broddelen optreedt.

In hoofdstuk III heb ik de mogelijkheid geopperd dat het broddelen wordt gebruikt om deze neiging te onderdrukken. Ik heb daar gezegd dat het feit, of de moeder het physiologische broddelen van haar kind al dan niet opmerkt, bepaald wordt door de mate waarin het symptoom optreedt en de gevoeligheid van de moeder. De sterkte van het symptoom is afhankelijk van de problematiek van het kind, van zijn aanvechting om obscene woorden te zeggen, zijn exhibitionistische neigingen en zijn sexuele agressiviteit tegen de moeder. De gevoeligheid van de moeder voor het physiologische broddelen is afhankelijk van haar gevoeligheid voor de agressiviteit in het algemeen en van de ernst van het gevaar, dat bepaalde problemen door de sexuele agressiviteit van haar kind bewust dreigen te worden.

Ferenczi en Bergler beschouwen de neiging om obscene woorden te zeggen als een laatste uiting van de infantiele sexualiteit vóór de latentiefase begint. Het zijn de woorden die door de ouders om hun sexuele betekenis werden verboden en die verdrongen als een corpus alienum zijn blijven liggen. Het is, zoals in hoofdstuk III is opgemerkt, een (voorlopig) laatste manifestatie van sexuele agressiviteit. De ouders worden op dat moment geconfronteerd met iets dat zij het kind steeds hebben verboden. Zij zullen dit als een uitdaging voelen. De sterkte van deze uitdaging zal worden bepaald door de houding die de ouders indertijd tegen het zeggen van obscene woorden hebben aangenomen. Hoe krachtiger zij het kind toen hebben verboden, hoe groter deze uitdaging thans zal zijn.

De kinderen uit dit onderzoek zullen meer van deze verboden hebben moeten verwerken dan andere kinderen. Hun moeders hebben immers elke poging tot onafhankelijkheid van het kind steeds van de hand gewezen. Tegen het zeggen van obscene woorden —

een uiting van sexualiteit — zullen zij zeker ook streng zijn opgetreden. Het verdrongen corpus alienum van de obscene woorden zal bij deze kinderen groot zijn. Zij zullen daarom rond hun vierde levensjaar een sterke neiging hebben gekregen om obscene woorden te zeggen. Met het physiologische broddelen kunnen zij proberen dit te blokkeren. Hoe groter deze neiging is des te sterker zal het kind broddelen. Het is daarom waarschijnlijk dat het physiologische broddelen zich bij de kinderen van dit onderzoek sterker gemanifesteerd zal hebben dan bij andere kinderen.

De moeder en het physiologische broddelen.

De gevoeligheid van de moeder voor het physiologische broddelen van haar kind bleek allereerst afhankelijk te zijn van haar gevoeligheid voor agressiviteit in het algemeen. Het verschijnsel dat haar kind opnieuw de woorden gaat zeggen, die zij het indertijd heeft verboden, is voor haar een uitdaging. Zij zal dit als een uiting van agressiviteit ondergaan.

Agressiviteit heb ik beschouwd als een reactie op angst (blz. 6). Een kind, dat opgroeit onder het verzet van zijn moeder, zal angstig worden. Wanneer het initiatief ontplooit, dreigt het gevaar dat de moeder boos wordt en het verstoot. Wanneer het te weinig initiatief heeft, dreigt de passiviteit met het gevaar dat het zijn individualiteit verliest. Elke poging tot ontwikkeling die een dergelijk kind onderneemt, zal deze problematiek op de spits drijven. De angst die hierdoor wordt veroorzaakt, kan reactief een toename van agressiviteit ten gevolge hebben. De moeder weet zo uit ervaring dat iedere poging van het kind om tot eigen activiteit te komen, vergezeld kan gaan van een uitbarsting van agressiviteit. Voor de moeder zullen hierdoor deze twee begrippen met elkaar verbonden zijn. Zij zal daardoor in de agressiviteit en in de activiteit van het kind dezelfde bedreiging voelen.

Het physiologische broddelen zal op de moeder de indruk van stotteren maken. Zij heeft in haar leven contact met een stotteraar gehad en kent de voor de stotterende mens zo kenmerkende agressiviteit. Zij zal daardoor de agressiviteit die voor haar achter het physiologische broddelen van haar kind schuilt, gemakkelijker kunnen herkennen en beleven. De pogingen, die de moeder onderneemt om

dit broddelen de kop in te drukken, zullen in de eerste plaats via de agressiviteit tegen de activiteits- en ontwikkelingsdrang van het kind zijn gericht.

De gevoeligheid van de moeder voor het physiologische broddelen is daarnaast afhankelijk van de ernst van het gevaar, dat door de sexuele agressiviteit van het kind bepaalde problemen haar bewust dreigen te worden. Hierboven bij de psychoanalytische beschouwingen over de urethraal-phallische fase, is reeds gewezen op de reacties die de sexuele agressiviteit van een jongen bij de moeder teweeg kan brengen. Het jongetje dat obscene woorden tegen zijn moeder zegt, exhibitioneert hiermee voor haar. Hij reactiveert hiermee de angst en schuldgevoelens, die deze vrouw door haar eigen oedipale problematiek over de sexualiteit heeft.

Het luisteren naar de obscene woorden kan, zoals in hoofdstuk III is beschreven, bij de moeder ook schuldgevoelens veroorzaken door de voorstellingsbeelden die hieraan zijn verbonden. De reacties van de moeder op het physiologische broddelen van haar kind blijken zo van meerdere factoren afhankelijk te zijn. Voorbeelden hiervan zijn de dreiging die de moeder voelt in de pogingen van haar kind om volwassen te worden en het gevaar dat voor haar in het bewust worden van de oedipale problematiek zit. Het valt daarom te verwachten dat de moeders uit dit onderzoek gevoeliger zullen zijn voor het physiologische broddelen van hun kind dan andere moeders.

Hierbij komt nog dat de eerstgenoemde vrouwen door het oraalsadisme van hun kind gesensibiliseerd zijn voor orale agressiviteit. Het obscene woord, dat de sexualiteit en agressiviteit in de verbale sfeer tot uidrukking brengt, zal ook uit hoofde hiervan de afweerreacties bij deze moeders sterker doen zijn.

Zo ontstaat de situatie van een kind dat sterk broddelt en een hiervoor overgevoelige moeder. Dit maakt het begrijpelijker waarom juist bij deze kinderen het physiologische broddelen wordt opgemerkt, terwijl in de meeste gevallen de moeders hierin geen erg hebben.

Reacties op het physiologische broddelen.

De moeder begint het kind te verbeteren of te verbieden. Het mag niet te snel spreken, moet beter op zijn woorden letten en moet

eerst bedenken wát het zeggen wil vóór het begint te spreken. Wanneer deze raadgevingen niet worden opgevolgd, raakt zij geïrriteerd en vaak wordt het kind gestraft. Voor het kind is de ervaring dat de moeder het broddelen verbiedt echter al voldoende om de problematiek die hierin tot uiting komt, te verscherpen. De schuldgevoelens over de agressiviteit in het spreken worden door deze paedagogische maatregelen versterkt. Het resultaat is dat het kind zich van zijn spreekmoeilijkheden bewust wordt. Het kind wordt angstig, het weet niet meer wat wel en wat niet is toegestaan. Het geeft de moed op, raakt gefixeerd in deze fase en trekt zich terug in zich zelf.

Wanneer het kind nog in zijn primair narcistische fase zou zijn geweest, zou dit minder moeilijkheden hebben veroorzaakt. Het kind is dan voornamelijk aan zichzelf gebonden en de contacten met de medemensen hebben nog niet dat belang, dat zij later zullen krijgen. Het physiologische broddelen treedt echter op wanneer het kind in de oedipale fase is. In die fase begint het pogingen te wagen van een gebondenheids- tot een verbondenheidsverhouding te komen en wil het als partner geaccepteerd worden. Het kind is dan extra kwetsbaar voor een afwijzen van het contact, omdat dit zo belangrijk voor hem is geworden. De reacties van de moeder op het physiologische broddelen zullen daarom het kind voor grote moeilijkheden plaatsen. Daarbij komt dat dit kind nooit de kans heeft gekregen goede contacten op te bouwen. De moeder heeft steeds geprobeerd het kind in een volledige afhankelijkheidsverhouding aan zich te binden. Zij heeft het geïsoleerd en het kind heeft niet de moed gehad zich tegen moeders wil in los te maken. Het is hierdoor ernstig gehinderd in de ontwikkeling van zijn contactmogelijkheden.

Door de chronische tegenwerking kan men bij de stotteraar fixaties in elke ontwikkelingsfase verwachten. Dit wordt grotendeels bepaald door de krachtsverhouding tussen de ontwikkelingsdrang van het kind en het verzet van de moeder. Wanneer het kind een sterke poging tot zelfstandigheid doet, zullen de verzetreacties van de moeder heftig zijn. Het kind zal door deze ervaringen voorzichtig worden met zijn pogingen tot activiteit. Het begint aan zichzelf te twijfelen en de stootkracht in zijn ontwikkelingsdrang, die voor het nemen van de hindernissen nodig is, vermindert. Hoe verder het kind in zijn ontwikkeling komt, des te zwakker wordt deze stootkracht. Hoe dichter het kind zijn volwassenheid nadert, des te sterker zullen

echter de verzetreacties van de moeder worden. Met deze, voor het kind ongunstige krachtsverhouding, moet het trachten de problematiek van de oedipale fase en van het physiologische broddelen te overwinnen. Het kind slaagt hierin niet, deze pogingen mislukken. Het valt daarom te verwachten dat de kinderen, die niet in de orale of anale fase gefixeerd zijn geraakt, in de oedipale fase zullen blijven steken.

De stotteraar.

Wanneer ik thans tot een slotbeschouwing van het bovenstaande probeer te komen, wil ik de weerstand van de moeder tegen het opgroeien van haar kind als het grote probleem in de jeugd van de stotteraar zien. Hij durft zich door het chronisch verzet van de moeder niet voldoende te ontwikkelen en is daardoor voorbestemd om vast te lopen in zijn praegenitale ontwikkeling. De tegenwerking van de moeder veroorzaakt angst en agressiviteit. De stotteraar durft zijn eigen ontwikkeling en activiteit niet aan.

Desondanks maken vele stotteraars een actieve indruk. Zij zitten nooit stil, zijn altijd bezig en schijnen vol energie te zitten. In verband met de bovenstaande beschouwingen lijkt het mij waarschijnlijk dat dit geen activiteit, maar agressiviteit is, secundair aan de angst. Ik beschouw daarom de stotteraar als een meer passieve figuur, die echter vol zit met agressiviteit. Zijn pogingen om volwassen te worden zijn vastgelopen. In het contact met zijn moeder is hij nooit in een verbondenheidsverhouding geaccepteerd. Door deze mislukkingen en de contactmoeilijkheden trekt hij zich terug in zichzelf en sluit zich op in een secundair narcisme.

Door de houding van de omgeving zal hij hierin later nog sterker gefixeerd worden. De mensen vermijden immers bij voorkeur het contact met een stotteraar en drijven hem daardoor nog verder de weg van het isolement op. Bovendien is de stotteraar vaak het mikpunt van de spotlust. Hij is een regelmatig verschijnende figuur in grapjes en komische toneelstukjes.

De stotteraar is zo voorbestemd tot contactstoornissen. Dit lijkt niet alleen het gevolg van zijn eigen problemen, maar wordt ook veroorzaakt door een blijkbaar algemeen menselijke problematiek bij zijn omgeving. Het stotteren roept bij de mensen reacties op, die de stotteraar nog verder in zijn isolement dringen.

De hilariteit die het stotteren vaak verwekt, zou verklaard kunnen worden als een reactie van de luisteraar op eigen infantiele problematiek [7]. Wanneer wij bij een ander deze problematiek ontdekken, die hij nog niet en wij al wel hebben aanvaard, is het mogelijk dat wij hierom lachen. Het probleem heeft op ons geen vat meer, terwijl de ander er nog mee worstelt en het probeert te overwinnen. Eens hebben wij dit ook gepoogd, maar wij weten uit ervaring dat het op deze manier niet zal lukken. Wij kunnen lachen om de domheid van ons vroegere Ik. Het is de vergelijking tussen vroeger en nu, tussen het volwassen Ik en ditzelfde Ik als kind, die ons in de lach doet schieten.

Volgens deze gezichtspunten lachen wij, als wij om een ander lachen, om die facet van onszelf die wij in hem herkennen. Alle mensen die om hetzelfde lachen, moeten dus een gemeenschappelijke kant hebben, zij hebben allen eenzelfde conflictsituatie doorgemaakt. Hoe oppervlakkiger deze problematiek nog ligt, hoe sneller en harder er om gelachen zal worden.

Een kind dat om meerdere redenen contactstoornissen heeft, zal hierdoor meer risico lopen later te gaan stotteren. Voorbeelden hiervan zijn het linkshandige en het sensitieve kind. Het linkshandige kind krijgt extra moeilijkheden in de aanpassing te verwerken wanneer het door het sociale patroon tot rechtshandigheid wordt gedwongen. Het sensitieve kind krijgt aanpassingsmoeilijkheden uit hoofde van zijn structuur [8]. Een gevoel van niet geaccepteerd worden blijft hier langer bestaan, het kind kan zich er moeilijk overheen zetten. Bovendien heeft de sensitieve mens een onvermogen om aan zijn gevoelens uiting te geven. Hij kan zijn agressiviteit niet geleidelijk afvoeren, maar kropt deze op. Het physiologische broddelen kan zich daarom bij hem sterker manifesteren, waardoor het risico dat het de moeder opvalt, groter wordt. De moeite die het de sensitieve mens kost om indrukken te verwerken en zijn onvermogen om gevoelens te uiten, maken hem extra kwetsbaar voor de problematiek van de stotteraar. Het hoeft mijns inziens dan ook geen verbazing te wekken wanneer men onder de stotteraars een hoger percentage linkshandige en sensitieve mensen zal vinden dan onder de niet-stotteraars.

Samenvattend blijkt dat de mens die stottert, passief is, dat hij geladen is met agressiviteit en dat hij sterke contactstoornissen heeft.

Slotbeschouwing.

Tijdens de beschouwingen in dit hoofdstuk over de ontwikkeling van het kind, vooral in verband met het physiologische broddelen, ben ik tot de conclusie gekomen dat de problematiek van de stotteraar niet een specifieke is, maar dat iedereen als een potentiële stotteraar is te beschouwen. Ieder kind maakt deze broddelfase door en worstelt dan met dezelfde problematiek. De één zal hiermede echter veel meer moeite hebben dan de ander. De stotteraar is degene die er de meeste moeite mee heeft en dit is één van de redenen waarom juist hij hierin vastloopt.

De hilariteit die het luisteren naar een stotteraar bij vele mensen verwekt, wijst, uitgaande van de theorie dat alle mensen die een ander om hetzelfde uitlachen eenzelfde conflictsituatie hebben door gemaakt, in dezelfde richting.

Psychodynamisch gezien bestaat er volgens deze opvattingen geen wezenlijk verschil tussen het stotteren en het physiologische broddelen. De symptomatische verschillen, die mij in hoofdstuk III de naam physiologisch broddelen boven physiologisch stotteren deden verkiezen, bestaan echter onverminderd. Ik blijf er daarom op grond van dezelfde argumenten als in hoofdstuk III de voorkeur aan geven dit verschijnsel het physiologische broddelen te noemen.

Later verandert de problematiek van de stotteraar en breidt zich uit ten gevolge van de moeilijkheden, die hij door zijn stotteren ondervindt.

De opvatting dat ieder mens als een potentiële stotteraar te beschouwen is, vindt ook steun in het feit dat de meeste mensen in hun leven wel eens stotteren. In belastende situaties, een examen, heftige schrik of sterke emotie ziet men dit herhaaldelijk gebeuren. Wanneer de mens zich in zijn bestaan bedreigd voelt, wordt de oude problematiek uit de physiologische broddelperiode gereactiveerd. In deze grenssituatie golft de agressiviteit sterk op en het risico, dat deze hem uit de hand loopt, ontstaat weer. De mens regrediëert en dezelfde mechanismen die indertijd hun bruikbaarheid hebben bewezen, worden opnieuw ingeschakeld. Tijdelijk treedt het stotteren weer op, tot het gevaar bezworen is.

Het lijkt mij dan ook verantwoord om de problematiek van de stotteraar als een algemeen menselijke problematiek te beschouwen,

waarmee iedereen, in een bepaalde fase van zijn ontwikkeling, wordt geconfronteerd. De stotteraar is hierin blijven steken, hem is het niet gelukt er boven uit te komen.

Beantwoording van de vraagstelling.

Wanneer ik tot slot terugkom op de vraagstelling van dit onderzoek, wil ik de vraag of bij de ontwikkelingsstotteraar stoornissen in de vroegkinderlijke ontwikkeling met relatie tot de moeder hebben bestaan, met „ja" beantwoorden. Deze stoornissen worden gedeeltelijk bepaald door de instelling van de moeder ten opzichte van haar kind en worden genuanceerd door bepaalde, voor het kind frustrerende gebeurtenissen. Het gestoorde contact tussen moeder en kind is mijns inziens een belangrijk aetiologisch moment in het ontstaan van het ontwikkelingsstotteren.

Hiermede is de eerste helft van het tweede deel der vraagstelling ook bevestigend beantwoord. Het laatste deel, hoe het verband ligt tussen deze stoornissen en het ontstaan van het stotteren, is moeilijker te beantwoorden. Ik heb hierover in dit hoofdstuk een hypothetische beschouwing gegeven, die zich niet kort laat samenvatten. Ik wil daarom volstaan met te memoreren dat de verstandhouding van de moeder met haar vader, de instelling van de moeder ten opzichte van haar kind, de frustraties die het kind in zijn orale fase heeft ondergaan, de ervaringen die de moeder in haar leven met een stotteraar heeft gehad, de zich sterk uitende physiologische broddelfase van het kind en de gevoeligheid van de moeder hiervoor, het verband tussen de bovengenoemde contactstoornis en het stotteren mede hebben bepaald.

Nabeschouwing.

In dit onderzoek heb ik mij vanaf het begin sterke beperkingen opgelegd. De aandacht is steeds gericht geweest op psychogenetische aspecten van het ontwikkelingsstotteren en daarmee is de genese van dit stotteren ongetwijfeld te eenzijdig belicht. De vraag in hoeverre andere factoren een belangrijke rol spelen in het ontstaan van het ontwikkelingsstotteren, is niet aan de orde gesteld.

Uitgaande van de gedachtengang dat het hebben van contact een

essentiële voorwaarde is om een gesprek te kunnen voeren, is het probleem van het stotteren benaderd van de kant van de contact- en communicatiestoornis. Ik heb mij afgevraagd in hoeverre het stotteren als een uiting van een dergelijke stoornis gezien moet worden; in dat geval zou deze stoornis al aanwezig moeten zijn vóór het stotteren zich manifesteert.

Een stoornis in de moeder-kind relatie is één mogelijkheid van een contact- en communicatiestoornis in de vroege jeugd. In dit onderzoek heb ik mij om twee redenen tot deze relatie beperkt. Ten eerste, omdat het vroegste contact van een kind dat met zijn moeder is en dit contact in het algemeen een belangrijke invloed op zijn ontwikkeling zal hebben en ten tweede — een meer practisch argument — omdat de moeders meestal gemakkelijk voor het onderzoek bereikbaar waren. Hiermee heb ik mij echter bij het zoeken naar de contact- en communicatiestoornissen weer een beperking opgelegd, een analyse van de vader-kind relatie zou eveneens zin hebben.

Ik heb mij deze beperkingen moeten opleggen, omdat het terrein van de moeder-kind relatie al zo onoverzichtelijk en groot is dat een onderzoek naar alle contacten van het kind in de vroege jeugd teveel van de proefpersonen en de onderzoeker zou vergen. Het was immers onbekend waar de eventuele stoornissen in de moeder-kind relatie gevonden zouden kunnen worden en deze relatie moest daarom zo grondig en uitvoerig mogelijk worden onderzocht.

Het is uit het onderzoek gebleken dat in de verhouding tussen moeder en kind moeilijkheden zijn geweest, die significant voor de ontwikkelingstotteraar leken te zijn. Deze moeilijkheden bleken vooral in de eerste achttien levensmaanden van het kind te zijn voorgekomen. Gezien deze resultaten is het mijns inziens wenselijk om bij een groter aantal ontwikkelingsstotteraars en een hieraan gelijkwaardige controlegroep een onderzoek te doen naar het vóórkomen van de stoornissen, die bij de kinderen uit dit onderzoek in de moeder-kind relatie bleken te bestaan.

Het zou in een dergelijk onderzoek tevens mogelijk zijn een deel van de beperkingen die ik mij in het thans afgesloten onderzoek heb opgelegd, op te heffen. Dit lijkt mij in de eerste plaats noodzakelijk voor het vraagstuk van de „aanlegfactor". Bij ieder psychisch symptoom dat familiair voorkomt, stuit men op het probleem in hoeverre dit symptoom door psychogene factoren is veroorzaakt of erfe-

lijk is bepaald. Wanneer bijvoorbeeld een kind van psychopathische ouders afwijkingen begint te vertonen, is het ondoenlijk uit te maken of hiervoor de erfelijke aanleg of de vereenzelviging met de ouders verantwoordelijk moet worden gesteld. Het meest waarschijnlijke is dat de beide factoren elkaar aanvullen en beide verantwoordelijk moeten worden geacht voor het tot stand komen van het symptoom. Een psychisch conflict zal in het algemeen eerst dan aanleiding geven tot een symptoom, wanneer een bepaalde aanlegfactor in de structuur van de patiënt aanwezig is. In het ene geval zal bij het tot stand komen van een psychisch symptoom het psychotrauma meer overheersen, in een ander geval de aanlegfactor. Het lijkt mij daarom gewenst de waarde van de aanlegfactor voor het ontstaan van het stotteren te analyseren. Hierbij zal niet vertrouwd mogen worden op anamnestische gegevens, aangezien mij is gebleken dat het voor leken moeilijk is de diagnose „stotteren" te stellen. Meerdere ouders van broddelaars beschouwden hun kind als een stotteraar; de diagnose „stotteren" zal daarom steeds door een ter zake deskundige moeten worden gesteld.

In het in dit proefschrift beschreven onderzoek is, uitgaande van de gevonden stoornissen in de moeder-kind relatie, een hypothese opgesteld over het verband tussen deze stoornissen en het later ontstaan van het stotteren. Wanneer deze hypothese juist zou zijn, moet het hierin beschreven mechanisme bij een analysering van volwassen ontwikkelingsstotteraars teruggevonden worden. Een onderzoek bij een aantal stotteraars en een goed gekozen controlegroep lijkt mij dan ook als proef op de som gewenst.

Men zal om een betrouwbare indruk te krijgen niet voldoende hebben aan een anamnese. De stotteraar maakt moeilijk contact en het zal niet eenvoudig zijn betrouwbare auto-anamnestische gegevens te verkrijgen. Bovendien zal hij geen gegevens over zijn onbewuste kunnen verstrekken. Het onderzoek heeft alleen zin wanneer men de patiënten langdurig en diepgaand kan analyseren. Dit zal bij een groep stotteraars en een hieraan gelijkwaardige controlegroep echter op grote bezwaren stuiten. De observaties zullen meer tijd vragen dan men van een proefpersoon kan verlangen. Slechts wanneer een stotteraar zich vrijwillig meldt, bijvoorbeeld wanneer hij om psychotherapie vraagt, zal men de gelegenheid krijgen tot diepgaande observaties.

Een andere vereiste is een goede scholing van de onderzoeker. Deze zal, wanneer hij in een psychologisch onderzoek een bepaalde hypothese wil toetsen, ervoor moeten waken dat zijn conclusies niet reeds vaststaan voor het onderzoek is begonnen. Hij hoeft hiervoor niet te kwader trouw te zijn, want de autosuggestie speelt zich af in on- en voorbewuste lagen.

Een negatieve uitkomst zal men even critisch moeten bekijken als een positieve. Het is altijd mogelijk dat een onderzoeker bepaalde feiten over het hoofd heeft gezien; een negatieve uitkomst kan het gevolg zijn van een niet voldoende diepgaand onderzoek. Volgens Jung [9] heeft iedere eigenschap van de mens een tegenpool en vormen deze antipoden samen één geheel. Men zal volgens deze zienswijze nooit tevreden mogen zijn wanneer men bij een mens een bepaalde eigenschap heeft gevonden voor men het tegendeel ook heeft ontdekt. Men zal de eigenschap van beide zijden moeten beschouwen en slechts het geheel mogen beoordelen.

Een onderzoek dat de hypothesen uit dit proefschrift bij volwassen stotteraars wil toetsen, zal aan hoge eisen moeten voldoen. Alleen een diepgaande analyse van een groep stotteraars en een controlegroep heeft zin. Dit zal mijns inziens slechts door middel van een psychoanalyse kunnen geschieden.

In een dergelijk onderzoek zou men tevens een beter inzicht kunnen krijgen in de contacten van de volwassen stotteraars. Een bestudering hiervan zou andere mogelijkheden kunnen openen om de stotteraar vanuit de facet van de contact- en communicatiestoornis te benaderen. Het lijkt mij niet onmogelijk dat de vrienden, die de stotteraar zich kiest, min of meer kenmerkend voor zijn problematiek zullen zijn. De observatie dat de houding van de logopedist(e) in de therapie van een stotteraar welwillend en autoritair moet zijn om de behandeling te doen slagen, lijkt in deze richting te wijzen.

Wanneer ik tot slot deze nabeschouwing overzie, moet ik concluderen dat dit onderzoek vele vragen heeft opgeroepen. Ter aanvulling zijn de volgende onderzoekingen noodzakelijk. Ten eerste een onderzoek bij een aantal ontwikkelingsstotteraars en een controlegroep naar de in dit proefschrift beschreven stoornissen in de moeder-kind relatie. Ten tweede een onderzoek naar andere genetische aspecten van het ontwikkelingsstotteren, vooral wat betreft de aanlegfactor en de vader-kind relatie. Ten derde een analysering van

een groep volwassen stotteraars en een controlegroep om de hypothesen, die zijn opgeworpen, te toetsen.

Het thans afgesloten onderzoek kan daarom slechts als een inleiding tot verder onderzoek worden beschouwd.

1. Helene Deutsch : Psychologie van de vrouw. Deel I. Uitgeverij Contact Amsterdam 1951, blz. 211. 212.
2. M. P. Middlemore : The nursing couple. Cassell and Company Ltd. London 1941, blz. 6.
3. J. Bowlby : Maternal care and mental health. World Health Organisation. Monograph series No. 2, 1952, blz. 48.
4. Th. Hart de Ruyter : In het „Nederlands handboek der psychiatrie" o.l.v. Prof. Dr. J. J. G. Prick, deel I. van Loghem Slaterus, Arnhem 1958, blz. 298.
5. J. Bowlby : Maternal care and mental health. World Health Organisation. Monograph series No. 2, 1952, blz. 20.
6. Idem : blz. 31.
7. E. Bergler : Laughter and the sense of humor. Intercontinental Medical Book Corporation. New York, 1956, blz. 54-76.
8. E. Kretschmer : Der sensitive Beziehungswahn. Verlag Julius Springer. Berlin 1918, blz. 21.
9. C. G. Jung : Symbolik des Geistes. Rascher Verlag Zürich 1948. blz. 345.

SAMENVATTING

De vraagstelling van dit onderzoek luidde: „Zijn er bij de ontwikkelingsstotteraar stoornissen in de vroeg-kinderlijke ontwikkeling met betrekking tot de moeder geweest? Zo ja, bestaat er een verband tussen deze stoornissen en het later ontstaan van het stotteren en hoe ligt dit verband?"

Met ontwikkelingsstotteren is die vorm van stotteren bedoeld, die omstreeks het vierde jaar begint. Het wordt gekenmerkt door een contact- en communicatiestoornis en het manifesteert zich als een stoornis in het vlotte spreken tengevolge van cloni en/of toni in ademhaling, fonatie en articulatie. Het is situatief bepaald en hoeft zich niet voortdurend te manifesteren. De patiënt voelt zich echter gedurende het spreken steeds angstig en gespannen.

Het ontwikkelingsstotteren ontstaat in aansluiting op de zogenaamde physiologische broddelfase, een fase in de taalontwikkeling die ieder kind doormaakt. Een nadere bezinning op de ontwikkeling van de taal bleek daarom noodzakelijk. Tevens werd een beschouwing gewijd aan het physiologische broddelen en werd een psychoanalytisch georiënteerde hypothese opgeworpen ter verklaring van dit fenomeen. De sterkte van het broddelen zou volgens deze hypothese afhankelijk zijn van de problematiek van het kind, van zijn aanvechting om obscene woorden te zeggen, zijn exhibitionistische neigingen en zijn sexuele agressiviteit ten opzichte van de moeder. De instelling van de moeder ten opzichte van het physiologische broddelen zou afhankelijk zijn van haar gevoeligheid voor de agressiviteit in het algemeen en van de ernst van het gevaar, dat haar bepaalde problemen door de sexuele agressiviteit van het kind bewust dreigen te worden.

In een volgend hoofdstuk worden de resultaten medegedeeld van het onderzoek dat bij twintig ontwikkelingsstotteraars werd verricht naar de verhouding tussen de moeder en het kind. Bij elk geval werd van de moeder een uitgebreide anamnese over de stotteraar opgenomen. Daarna volgde een anamnese van de moeder over zichzelf

en vervolgens werd de patiënt onderzocht. Het dossier werd gecompleteerd met de observaties van de logopedist(e), die de patiënt onder behandeling had.

Het was mijn indruk dat de moeders enigszins onzeker en verbitterd in het leven stonden. Zij voelden zich door hun medemensen weinig geaccepteerd. Zelf leken zij hun vrouw-zijn nauwelijks te aanvaarden.

Enige opvallende punten uit de auto-anamnese van de moeder waren ten eerste, de gestoorde verstandhouding die velen van deze vrouwen met hun vader gehad bleken te hebben en ten tweede, het feit dat de meesten vertelden in hun leven een stotteraar in hun naaste omgeving te hebben gekend, voordat hun kind met het stotteren begon.

Tijdens het onderhoud dat ik met de stotteraars had, bleek het moeilijk te zijn om contact met hen te krijgen. Desondanks werd ik getroffen door de agressiviteit, angst, sensitiviteit en eerzucht, die hun gedrag leken te kenmerken.

Zeventien kinderen bleken in de eerste achttien maanden van hun leven moeilijkheden te hebben meegemaakt, die als aanwijzingen voor het bestaan van stoornissen in de moeder-kind relatie beschouwd kunnen worden. De meeste kinderen kwamen vervolgens in een fase van uiterlijke rust, vooral de zindelijkheidsdressuur voor de ontlasting verliep bijzonder vlot en gemakkelijk.

Tussen het derde en vijfde jaar was deze rust weer voorbij. Op die leeftijd begon bij alle kinderen het stotteren.

In het laatste hoofdstuk is de vraagstelling bevestigend beantwoord: het gestoorde contact tussen moeder en kind blijkt belangrijk te zijn voor het ontstaan van het ontwikkelingsstotteren. De stoornissen in de moeder-kind relatie worden voor een deel bepaald door de instelling van de moeder ten opzichte van haar kind, zij worden genuanceerd door bepaalde, voor het kind frustrerende gebeurtenissen. Tot slot is een hypothetische beschouwing gegeven over het verband tussen stoornissen in de moeder-kind relatie en het ontstaan van het ontwikkelingsstotteren.

SUMMARY

The purpose of this investigation is to enquire into the mother-child relationship of the developmental stutterer. Do disturbances exist in this relationship during the years of early childhood? If so, does this disturbance contribute to stuttering and what is its manner of operation?

By developmental stuttering is meant that form of stuttering that begins at about the 4th or 5th year of life. It manifests itself as disturbances of fluent speech due to clonic and tonic breathing, phonation and articulation. Stuttering is characterized by a disturbance in contact and communication, it is not constant but evoked by circumstances. During speech the subject is anxious and tense.

Developmental stuttering begins following the so-called stage of "physiological cluttering", a developmental stage in the acquisition of speech that each child must pass through. A closer scrutiny of speech development was, therefore, thought necessary and physiological cluttering was investigated concurrently. A psychoanalyticly orientated hypothesis has been advanced to explain the findings. This hypothesis suggests that cluttering is dependent upon the problems of the child, its striving to say obscene words, its exhibitional tendencies and its aggression with respect to its mother. The attitude of the mother to physiological cluttering would be dependent on her sensitivity to the child's aggressive tendencies in general and to the intensity of the danger that certain problems might become exposed by the sexual aggression of the child.

In the following chapter are presented the results of the investigation of 20 developmental stutterers. The mother-child relationship was investigated in the following manner. A full history of the child was taken from the mother. A history was taken from the mother about herself. The child itself was then examined. The case history was completed with the observations of the speech therapist who was treating the child.

I gained the impression that the mothers were embittered and

lacking in a sense of security. They appeared to feel poorly accepted by their fellow human beings. They gave the impression of scarcely accepting their womanhood.

Points of note exposed by the mothers' history were firstly, many of the mothers had had disturbed relationships with their fathers; secondly, most had had contact with a stutterer before the child developed this defect.

I had difficulty in establishing rapport with the stutterers during my interviews. In spite of this, I was struck by the aggressiveness, anxiety, ambition and sensitivity that appeared to characterize their behaviour.

It was possible to discover experiences occurring in the first 18 months of life suggestive of a deranged mother-child relationship in 17 of the children examined. Most of the children then seemed to enter a phase of quiet behaviour, during which the establishment of bowel habits was achieved with remarkable ease.

This appearance of calm had passed from these children between their 3rd and 5th year. It was also at this stage that stuttering first developed in all the cases investigated.

In the final chapter the conclusion is drawn that the problem which this investigation seeks to answer is proved positively, i.e. it would appear that disturbed contact between mother and child is an important factor contributing to developmental stuttering. The tension in the mother-child relationship is coloured for the child by specific incidents of a frustrating nature. Finally, a speculative analysis is advanced regarding the relationship of the tension in the mother-child relationship to the factors contributing to developmental stuttering.

RÉSUMÉ

Le problème de cette enquête pourrait se formuler comme une question: "Y-a-t-il eu chez le bégayeur d'évolution des troubles dans l'évolution primaire par rapport à la mère? Si la réponse serait positive, existe-t-il un rapport entre ces troubles et la naissance du bégayement et en quoi consiste ce rapport?"

On comprend par bégayement d'évolution cette forme de bégayement qui débute vers la quatrième année. Il est caractérisé par des troubles dans le contact et les communications et il se manifeste par un défaut dans la prononciation alerte par suite de clonus respectivement de tonus dans la respiration, phonation et articulation. Il est déterminé par la situation et ne se manifeste pas toujours. En parlant le patient se sent pourtant toujours anxieux et en état de tension.

Le bégayement d'évolution prend naissance en jonction sur la soi-disante "phase de bafouillage physiologique", une phase que chaque enfant traverse dans le développement normal de son language. Un examen plus approfondi sur ce développement du language était donc nécessaire. Une étude sur le bafouillage physiologique et une hypothèse psychoanalytique sont soulevées afin d'expliquer ce phénomène. Le degré du bafouillage dépendrait à fur et à mesure de cette hypothèse, des problèmes de l'enfant, de son envie de prononcer des mots obscènes, son tendance exhibitioniste et son agressivité sexuelle envers sa mère. L'attitude de la mère envers le bafouillage physiologique dépendrait de sa sensibilité à propos de toute agressivité; le danger existe que l'agressivité sexuelle de l'enfant resusciterait certains problèmes chez la mère.

Un chapitre suivant nous communique les résultats d'une enquête faite parmi vingt bégayeurs d'évolution sur les relations entre la mère et l'enfant. Une anamnèse détaillée sur le bégayeur était faite par chaque mère, suivi d'une anamnèse de la mère sur elle-même. Le malade subissait un examen pour conclure cette enquête. Le dossier était complêté par les observations faites par le (la) logopaediste, qui traitait le malade.

J'eus l'impression que les mères étaient assez aigries et se sentaient peu sûres dans la vie. Elles se sentaient mal acceptées par leurs semblables. Elles mêmes n'acceptaient qu'à peine le fait d'être une femme.

Quelques points frappants dans l'auto-anamnèse de la mère étaient premièrement la mauvaise relation affective de la plupart des femmes avec leur père, en second lieu le fait que la plupart d'entre elles racontaient avoir connu un bégayeur dans leur entourage immédiat avant que leur enfant ne se mettait à bégayer.

Pendant l'entretien que j'eus avec les bégayeurs, il s'avérait difficile de prendre contact avec eux. Pourtant je suis frappé par l'agressivité, la peur, la sensitivité et l'ambition, qui caractérisait leur conduite.

Dans les dix-huit premiers mois de leur vie, dix-sept enfants semblaient avoir eu des difficultés, que l'on pourrait interpréter comme indice de l'existence de troubles affectifs dans la relation mère-enfant. La plupart des enfants entraient ensuite dans une phase de tranquilité extérieure, le dressage de la propreté à propos de la défaecation se passait très vite et facilement.

Cette tranquilité prenait fin entre la troisième et cinquième année. A cet âge-là tous les enfants se mettaient à bégayer.

Dans le dernier chapitre, le problème initial est prouvé; il semble que le contact peu harmonieux entre la mère et l'enfant est à l'origine du bégayement d'évolution. Les troubles dans la relation mère-enfant sont définis partiellement par l'attitude de la mère envers son enfant, ils sont nuancés par des évènements frustrants. Une étude hypothétique sur le rapport entre les troubles dans la relation mère-enfant et la naissance du bégayement d'évolution est donnée à la fin.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Fragstellung in dieser Untersuchung war folgende: Kam es beim Entwicklungsstotterer zu Störungen in der frühkindlichen Entwicklung, die in dem Verhältnis zwischen Mutter und Kind begründet liegen? Wenn ja, besteht eine Verbindung zwischen diesen Störungen und dem späteren Auftreten von Stottern und welcher Art ist dieser Verband?

Unter Entwicklungsstottern versteht man jene Art des Stotterns, die um das 4. Lebensjahr herum auftritt. Charakteristisch ist für dieses Stottern eine Behinderung im Kontakt und Mitteilungsvermögen und es manifestiert sich als Störung im Redeflusz da Cloni oder (und) Toni während der Atmung, Phonation und Artikulation auftreten. Dieses Stottern ist situationsbedingt und braucht sich nicht immer zu manifestieren. Der Patient fühlt sich jedoch immer wenn er spricht, ängstlich und befangen.

Das Entwicklungsstottern entsteht im Anschlusz an die "physiologische Polterphase", eine Phase in der Sprachentwicklung, die jedes Kind mitmacht. Es erwies sich daher als notwendig näher auf die Entwicklung der Sprache einzugehen. Gleichzeitig behandelte ich das physiologische Poltern und brachte eine psychoanalytisch orientierte Hypothese, die dieses Phänomen erklären soll.

Das Ausmasz des Stotterns soll nach dieser Hypothese von der Problematik des Kindes, von der Versuchung obszöne Worte auszusprechen, von seiner exhibitionistischen Neigung und seiner sexuellen Agressivität im Bezug auf seine Mutter abhängig sein.

Die Einstellung der Mutter was das physiologische Poltern betrifft, soll abhängig sein von ihrer Empfindlichkeit für Agressivität im allgemeinen und in welchem Grad die Gefahr droht, dasz bestimmte Probleme durch die sexuelle Agressivität ihres Kindes bewuszt werden.

In einem der folgenden Kapitel werden die Resultate berichtet, die meine Untersuchungen über das Verhältnis zwischen Mutter und Kind, durchgeführt an 20 Entwicklungsstottern, ergaben. In

jedem dieser Fälle wurde eine ausführliche Anamnese von der Mutter über das Kind aufgenommen. Darauf folgte eine Anamnese von der Mutter über sich selbst und schlieszlich wurde der Patient untersucht. Diese Untersuchungen wurden vervollständigt durch die Beobachtungen des Logopaedisten, der den Patienten behandelte.

Ich hatte den Eindruck dasz die Mütter einigermaszen unsicher und verbittert im Leben standen. Sie fanden dasz ihre Mitmenschen sie wenig schätzten, selbst schienen sie ihr Frau-sein kaum anzuerkennen.

Auffallend waren zwei Punkte in der Eigenanamnese der Frauen: erstens die falsche Einstellung die viele dieser Frauen anscheinend zu ihrem Vater hatten; zweitens die Tatsache dasz die meisten erzählten, dasz sie in ihrem Leben in der nächsten Umgebung einen Stotterer gekannt hatten, bevor das Kind zu stottern anfing.

Als ich mich mit den Stotterern unterhielt erwies es sich als schwierig mit ihnen in Kontakt zu kommen. Trotzdem traf mich die Agressivität, die Angst, ihre Ueberempfindlichkeit und der Geltungsdrang, Eigenschaften die ihr Benehmen charakterisieren.

Bei 17 Kindern zeigte sich, dasz sie in den ersten 18 Monaten ihres Lebens Schwierigkeiten mitgemacht hatten, die auf ein gestörtes Mutter-Kind Verhältnis deuten. Die meisten Kinder kamen daraufhin in eine Phase von äuszerlicher Ruhe, vor allem die Sinnlichkeitsdressur was den Stuhlgang betrifft, verlief äuszerst leicht und schnell.

Zwischen dem dritten und fünften Lebensjahr war die Ruhe wieder vorbei. In diesem Alter begann bei allen Kindern das Stottern.

Im letzten Kapitel ist die Fragstellung positiv beantwortet. Der gestörte Kontakt zwischen Mutter und Kind erweist sich als bedeutend für das Entstehen von Entwicklungsstottern. Die Störungen im Mutter-Kind Verhältnis werden zum Teil bestimmt durch die Haltung, die die Mutter ihrem Kind gegenüber einnimmt, sie erhalten ihre feinere Prägung durch Ereignisse, die für das Kind frustrierend sind.

Am Ende schloss ich noch eine hypothetische Betrachtung über den Verband zwischen Störungen in dem Mutter-Kind Verhältnis und dem Entstehen von Entwicklungsstottern an.

TOTAALOVERZICHT VAN DE GERAADPLEEGDE LITERATUUR

Adler, A.	Menschenkenntnis. Internat. Zeitschr. für Individualpsychologie, VIII, 1930, blz. 375.
Adler, A.	Der Sinn des Lebens. Internat. Zeitschr. für Individualpsychologie, IX, 1931, blz. 163.
Ajuriaguerra, J. de e.a.	Le bégaiement. Trouble de la réalisation du language dans le cadre d'une pathologie de la relation. La Presse Médicale 28-5-1958, 66, no. 42, blz. 953.
Appelt, A.	Zur Behandlung des Stotterns. Internat. Zeitschr. für Individualpsychologie, II, Nr. 4, 1924, blz. 1.
Barbara, D. A.	Stuttering. The Julian Press Inc. N.Y., 1954.
Baudouin, Ch.	Drei Fälle von Entwöhnungstraum. Zeitschr. für psychoanalytische Pädagogik. Jahrg. V, 1931, bl. 257.
Bergler, E.	Obscene words. Psychoanalytic Quarterly 1936, blz. 227.
Bergler, E.	The basic neurosis. Oral regression and psychic masochism. Greene and Stratton Inc. N.Y., 1949.
Bergler, E.	Laughter and the sense of humor. Intercontinental Medical Book Corporation, New York, 1956.
Bowlby, J.	Maternal care and mental health. World Health Organisation. Monograph Series, no. 2, 1952.
Brodnitz, F. S.	Stuttering of different types in identical twins. The Journal of speech and hearing disorders. Vol. 16, 1951, blz. 334.
Brunner, M.	Beeinflussung des Stotterns. Zeitschr. für psychoanalytische Pädagogik, Jahrg. X, blz. 360.
Bühler, Ch.	Kindheit und Jugend. Verlag von S. Hirzel, Leipzig, 1931.
Bühler, Ch.	Praktische Kinderpsychologie, Otto Lorenz. Verlag, 1937.
Bühler, K.	Die Geistige Entwicklung des Kindes. Verlag Gustav Fischer, Jena, Zweite Auflage, 1921.

Bühler, K.	Abrisz der geistigen Entwicklung des Kindes. Verlag Chuelle & Meyer, Leipzig, 6e Auflage, 1935.
Carp, E. A. D. E.	De neurosen. Scheltema & Holkema N.V., Amsterdam, 1947, 3e druk.
Carp, E. A. D. E.	Medische psychologie en pathopsychologie. Scheltema & Holkema N.V., Amsterdam, 1951.
Coriat, I. H.	Die Verhütung des Stotterns. Zeitschr. für psychoanalytische Pädagogik, II, 1928, blz. 384.
Coriat, I. H.	Ein Typus von anal-erotischem Widerstand. Internat. Zeitschr. für Psychoanalyse, XII, 1926, blz. 432.
Coriat, I. H.	The oral-erotic components of stammering. International journal of psychoanalysis. Vol. VIII, 1927, blz. 56, 58.
Coriat, I. H.	Stammering. A psychoanalytic interpretation. N.Y. and Wash. D.C. Nerv. and Ment. Dis. Publ. Co., 1928.
Coriat, I. H.	The dynamics of stammering. Psychoanalytic Quarterly, vol. II, 1933, blz. 244.
Coriat, I. H.	The psychoanalytic concept of stammering. Nerv. Child, V, nr 2, 1943.
Despert, J. L.	Psychopathology of stuttering. Am. Journal of Psychiatry, no. 99, 1926.
Deutsch, H.	Psychologie van de vrouw, deel I. Uitg. Contact, 1951.
Eder, M.	Das Stottern, eine Psychoneurose und seine Behandlung durch die Psychoanalyse. Internat. Zeitschr. für Psychoanalyse, 1913, blz. 547.
Fenichel, O.	The psychoanalytic theory of neurosis. Routledge and Kegan Paul Ltd., London, 1955.
Fenichel, O.	Über Angstabwehr, ins besonder durch Libidinisierung. Zeitschr. für Psychoanalyse, 1934, XX, blz. 476.
Ferenczi, S.	Über obszöne Worte. Beitrag zur Psychologie der Latenzzeit. Bausteine zur Psychoanalyse, I. Band, Int. Psychoanal. Verlag, Leipzig, 1927.
Ferenczi, S.	Entwicklungsstufen der Wirklichkeitssinnes. 1913. Bausteine zur Psychoanalyse, I. Band, Int. Psychoanal. Verlag, Leipzig, 1927.
Frets-van Buuren, J. J.	Onderzoek naar de betekenis van de diagnose neuropathie, deel II. Academisch proefschrift Leiden, 1957.
Freud, S.	Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Gesammelte Geschrifte Heft V, Int. Psychoanal. Verlag, Leipzig Wien, 1920.

Freund, H.	Psychosis and stuttering. Folia Phoniatrica, 1955, vol. 7, blz. 133.
Froeschels, E.	Beitrage zur Symptomatologie des Stotterns. Monatschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie. 1921, blz. 1109.
Froeschels, E.	The significance of symptomatology for the understanding of the essence of stuttering. Folia Phoniatrica, vol. 4, 1952, blz. 217.
Fuchs, E.	Zur Psychoanalyse des Stotterns. Internat. Zeitschr. für Psychoanalyse, XX. Band, 1934, blz. 375.
Glauber, I. P.	The mother in the etiology of the stuttering. Psychoanalytic Quarterly, XX, 1954.
Glauber, I. P.	Ego development and the character of the stutterer. Psychoanalytc Quarterly, XIX, nr 1, 1950, blz. 192.
Glauber, I. P.	in: Specialized techniques in psychotherapy, edited by Bychowski and Despert, Basis Books Inc. N.Y., 1952.
Glauber, I. P.	Psychoanalytic concepts of the stutterer. Nerv. Child, 1943, blz. 172.
Goeman, A.	Het probleem van het stotteren. N.V. Haga, Den Haag, 1948.
Graber, G.	Redehemmung und Analerotik. Zeitschrift für psychoanalytische Pädagogik, 1927/1928, Jaarg. 2, blz. 362.
Grewel, F.	Die psychiatrisch-neurologische Seite des Stotter-Phänomens. Psych. en Neur. Bladen, 41e jaarg. 1937, blz. 16.
Grewel, F.	Classification of the disorders of language, speaking and voice. Proceedings, vol. XLIV, no. 10, 1941.
Grewel, F.	Balbuties (stotteren). Ned. Tijdschr. voor Geneeskunde, 102 (1958), 24, 1129.
Grewel, F.	Nieuwe aspecten van het stotterprobleem. Tijdschrift voor Logopaedie en Phoniatrie. Jaarg. 25 (1953), nr 1, blz. 2.
Hahn, E. F.	Stuttering, significant theories and therapies. Stanford University Press, 1947.
Hart de Ruyter, Th.	in: „Nederlands handboek der psychiatrie", o.l.v. Prof. Dr J. J. G. Prick, Van Loghem en Slaterus, Arnhem, 1958.
Johnson, W.	An open letter to the mother of a stuttering child. Conner Publications Inc. Harrison N.Y., 1941.

Jung, C. G.	Symbolik des Geistes. Rascher Verlag, Zurich 1948.
Kainz, F.	Psychologie der Sprache. Ferd. Enke Verlag, Stuttgart, 1941-1956, deel II.
Kaiser, L.	Fysiologische en pathologische vormen van kinderspraak. Uitg. J. Muusses Purmerend, 1957.
Karlin, I. W.	Stuttering, evolution and treatment. New York State Journal of Medicine, 1956, blz. 3719.
Kingdom Ward, W.	Stammering. A contribution to the study of its problems and treatment. Hamis and Hamilton Medical Books. London 1941.
Krapf, E. E.	Über die Sprache in der Psychoanalyse von Polyglotten. Psyche, 1955/56, Band IX, blz. 401.
Kraus, F.	Die Frauensprache bei den primitiven Völkern. Imago, 1924, Band X, blz. 296.
Kretschmer, E.	Der sensitive Beziehungswahn. Verlag Julius Springer. Berlin 1918.
Krevelen, D. A. van	Nederlands leerboek der speciële kinderpsychiatrie. Deel I, 1952, H. E. Stenfert Kroese, Leiden.
Kussmaul, A.	Die Störungen der Sprache, herausgegeben und mit Kommentar versehen von Prof. H. Gutzmann. 4te Auflage, 1919.
Landolt, H. en Luchsinger, R.	Poltersprache, Stottern und chronische organische Psychosyndrome. Dtsch med. Wochenschr., 79, 1012, 1954.
Linthorst, P. en Leerkamp, G.	Spraak- en stemstoornissen. N.V. Haga, den Haag, 1954.
Loquens	Selbstbeobachtung eines Stotterers. Zentralblatt für Psychoanalyse und Psychotherapie, 1914, IV, blz. 415.
Luchsinger, R. en Landolt, H.	Elektroencephalographische Untersuchungen bei Stottern mit und ohne Polterkomponente. Folia Phoniatrica, 3, 135, 1951.
Luchsinger, R. en Landolt, H.	Über das Poltern, das sogenannte „Stottern mit Polterkomponente" und deren Beziehung zu den Aphasien. Folia Phoniatrica, 1955, vol. 7, blz. 12.
Mandell, S.	Die Psychologie des Stotterns. Internat. Zeitschr. für Individualpsychologie, VIII, Jaarg. 1930, blz. 369.
Meng, H.	Aus der Analyse eines Stotterers. Zeitschr. für Psychoanalytische Pädagogik, 1932, Jaarg. 6, blz. 164.
Middlemore, M. P.	The nursing couple. Cassell and Company Ltd., London 1941.

Mohr, E.	Beobachtungen über Nasenflügelsymptom nach Stottern. Wiener Med. Wochenschrift, 1932, bl. 907.
Mulder, G. H.	Onderzoek naar het stottergebrek onder de schoolkinderen in Nederland. Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde, 1906, blz. 1241.
Pichon, E. en Borel-Maisonny, S.	Le bégaiement, sa nature et son traitement. Masson et Cie, Paris, 1937.
Ronge, P. H.	Individualpsychologie. Erven J. Bijleveld, Utrecht, 1934.
Schneider, E.	Über den Sinn des Stotterns. Zeitschr. für psychoanalytische Pädagogik, 1927/28, II, blz. 335.
Selling and Ferraro	The psychology of diet and nutrition. Northon Company Inc. N.Y., 1945.
Siemens, H. W.	Über Linkshändigkeit. Virchow's Archiv, 252. Band, 1924, blz. 13.
Sperber, H.	Über den Einfluss sexueller Momente über die Entstehung und Entwicklung der Sprache. Imago, vol. I, 1912, blz. 405.
Spielzein, S.	Die Entstehung der kinderliche Worte Papa und Mama. Imago, 1922, blz. 345.
Stern, C. en W.	Die Kindersprache. Verlag Johann Ambrosius Barth, 1922.
Stern, W.	Psychologie der frühen Kindheit. 6e druk, 1930. Verlag Von Quelle & Meyer, Leipzig.
Streifler, M. en Gumpertz, F.	Cerebral potentials in Stuttering and Cluttering. Confinia Neurologica, Vol. 15, 1955, 344.
Szondi, L.	Konstitutionsanalyse von 100 Stottern. Wiener Medizinische Wochenschrift, 1932, blz. 922.
Tamm, A.	Zwei Fälle von Stottern. Zeitschr. für psychoanalytische Pädagogik, jaarg. II, 1927/28, blz. 341.
Tarneaud, J. en Seeman, M.	La voix et la parole. Librairie Maloine S.A., Paris 1950.
Travis, L. E.	Handbook of speech pathology by Travis and others. Appleton-century-crofts Inc. New York, 1957.
Weiss, D. A.	The psychological relations to one-own voice. Folia Phoniatrica, 1955, vol. 7, blz. 209.
Werner, H.	Einführung in die Entwicklungspsychologie. 1933.
Wiesenhütter, E.	Entwicklung, Reifung und Neurosen. Beiträge aus der Allgemeinen Medizin, 13 Heft 1958. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.
Wiesenhütter, E.	Anthropologische Deutung des Stotterns. Zeitschrift für Psychotherapie. 1956, pag. 64.